



**UNIVERSIDADE DO MINDELO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO**

**Autor: Ana Ramos Baptista, N.º 2949**

**Mindelo, julho de 2017**



Trabalho apresentado a Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Discente:

Ana Ramos Baptista, nº 2949

**Assistência de enfermagem á parturiente com depressão pós parto  
(DPP) no serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa**

Orientadora:

Enfermeira: Suely Reis

### **Dedicatória**

Este trabalho é dedicado a minha família em especial á minha mãe, minha irmã, meu pai e minha avo que já não esta entre nos, meus filhos, meu namorado e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e concretização da minha Licenciatura.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente à Deus, por me brindar com a vida, por ter-me dado saúde e coragem durante estes 4 anos do curso, e com a oportunidade de ter encontrado ao longo de todo este percurso, pessoas maravilhosas e por me permitir realizar um desejo pessoal de ser Enfermeira.

Ao meu filho mais velho por compreender a minha ausência e ser a fonte de inspiração, a minha irmã principalmente pelo apoio financeiro e psicológico que me prestaram nestes 4 anos, muitíssima obrigada de coração.

Ao meu namorado que desde o 2º ano tem vindo a acompanhar essa difícil jornada, por ter-me dado ânimo e força para continuar firme, por ter-me suportado nos momentos de frustração e mau humor, muito obrigada.

À Enfermeira Suely Reis, pelo apoio, carinho e paciência que teve comigo desde a elaboração do projeto até a conclusão da monografia, um muito obrigado.

Aos meus colegas de classe que sempre estivemos juntos nesta longa e cansativa jornada, muito obrigada e que todos nós possamos concretizar com sucesso a nossa licenciatura.

Às enfermeiras do serviço de Maternidade, principalmente as que estiveram comigo durante o ensino clínico, e em especial às que contribuíram para a realização da minha pesquisa aceitando fazer a entrevista, não tenho palavras para vos agradecer.

Ao meu grande amigo Armindo Maurico por ter-me ajudado a adquirir o apoio de FICASE por ter pago todos estes anos de licenciatura, um muito obrigado, pois sem a sua ajuda não estaria concluindo, agora, a minha licenciatura. Enfim, há todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este sonho fosse realizado.

A todo muito OBRIGADA!



## Epigrafe

*“A enfermagem é uma arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...isso se faz por e com amor”.*

(Angélica Tavares)

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>26</b>
1.1. DEPRESSÃO	27
1.2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO	27
1.2.1 TIPOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	29
1.3. SINTOMAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	30
1.4. CAUSA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	31
1.5. FATORES DE RISCO	32
1.6. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	34
1.7. PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	35
1.8. ESCALA DE EDINBURGH	37
1.9. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	38
1.10. PRÉ-NATAL	40
1.11. PUERPÉRIO \ PÓS-PARTO	41
1.12. TEORIA DE VIRGÍNIA HENDERSON	41
1.13. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	43
<b>CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA</b>	<b>45</b>
2. METODOLOGIA DE PESQUISA	47
2.1. TIPO DE ESTUDO	47
2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÕES	48
2.3. POPULAÇÃO ALVO	48
2.4. CAMPO EMPÍRICO	49
2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	50
<b>CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA</b>	<b>51</b>
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	52
3.1. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS	53
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>65</b>
<u>Apêndices I – Termo De Aceitação Do Tema Para O Desenvolvimento Do Trabalho De Conclusão De Curso.</u>	<u>73</u>
<u>Apendice ii - requerimento</u>	<u>74</u>
<u>Apêndice ii – requerimento hrsn</u>	<u>75</u>
<u>Apêndice iv- termo de consentimento livre e esclarecimento</u>	<u>76</u>
<u>Apêndice v - guião de entrevista</u>	<u>77</u>





## Índice de tabelas

Tabela 1 Inter-consultas Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN) .....	20
Tabela 2 Diagnostico por depressão pós parto em Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN).....	21
Tabela 3 Inter-consultas feitas no Hospital Dr. Baptista de Sousa .....	22
Tabela 4 Diagnostico por depressão pós-parto em HBS de 2014 á 2017 .....	23
Tabela 5 Tipos de depressão .....	29
Tabela 6 Diagnóstico de NANDA .....	43
Tabela 7 Categorias e subcategorias do guião de entrevista.....	52

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 Inter-consultas Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN).	20
Gráfico 2 Diagnostico Depressão Pós-Parto HRSN .....	21
Gráfico 3 Inter-consultas feitas no Hospital Dr. Baptista de Sousa.....	22
Gráfico 4 Depressão Pós-Parto HBS .....	23

## **Resumo**

Este trabalho cuja temática é a assistência de enfermagem á parturiente com depressão pós-parto realça a necessidade de dotar cada vez os profissionais de enfermagem de conhecimentos á cerca dessa patologia e de como desenvolver estratégia de prevenção e controlo as parturientes com depressão pós-parto. Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) a depressão configura-se como a quinta causa de morbilidade entre todas as doenças do mundo, responsável por uma significativa parcela da morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Face a essa problemática desenhou-se o presente estudo que tem como objetivos geral verificar assistência de enfermagem prestadas às parturientes com depressão pós-parto internadas no serviço maternidade do Hospital Baptista de Sousa. Trata-se de um estudo qualitativo, de carater descritiva tendo como público-alvo os enfermeiros do serviço da Maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Foram entrevistados sete enfermeiros com mais de cinco anos de trabalho no serviço. Como instrumento de recolha de informações foi utilizado um guião de entrevistas. Os resultados do estudo indicam que o enfermeiro tem uma importante função a cumprir, cuja responsabilidade ética é promover o cuidado de qualidade da puérpera prevenindo as complicações que poderão surgir desse quadro. Não obstante a geração das novas tecnologias consequentemente os avanços das ciências de saúde, consta-se que o enfermeiro é um profissional indispensável no cuidado a gestante e puérpera acompanhando-a ao longo de todo o ciclo gravídico, estando mais próximo do utente, prestando cuidados 24 horas por dia.

**Palavras-chave:** Depressão; pós-parto; assistência de enfermagem; puerpério.

## **Abstract**

This work, whose topic is Nursing Care to the Postpartum Depressed Parturient, highlights the need of endowing more and more the professionals of nursing with knowledge about that pathology and developing more efficient and productive strategies of prevention and monitoring parturient women with postpartum depression, through the control of risk factors and symptoms. According to the World Health Organization (WHO), the depression is envisaged as the fifth cause of morbidity among all the diseases in the world, responsible for a significant portion of morbidity and mortality worldwide. To deal with this issue, this study was designed and is aimed at analysing the nursing care in the case of the postpartum depression parturient women in the maternity ward of Hospital Baptista de Sousa. It is a qualitative study, of descriptive character, having as target audience the nurses of the Maternity ward in the Hospital Baptista de Sousa. The interview covered seven nurses with more than five years of experience. An interview guideline was used as instrument of information collection. The study results show that the nurse has an important function to carry out, with ethical responsibility to promote the care of puerperal quality, by preventing the complication that can appear in this context. In spite of the generation of new technologies, consequently advances in the health sciences, it appears that the nurse is an indispensable professional in the care of the new and expectant mother, by following her along the pregnant cycle, by being closer to the patient, and by providing care 24 hours a day.

**Key words:** Depression; Postpartum; Nursing Care; Puerperium.

## **Lista de siglas**

HBS - Hospital Dr. Baptista de Sousa, São Vicente

DPP – Depressão Pos-Parto

HRSN – Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina

MS - Ministério da Saúde

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

SM - Serviço de Maternidade

TCLE - Termo de Consentimento livre e Esclarecido

EC - Ensino Clínico

RDM - Relatório de Desenvolvimento do Milénio

OMS - Organização Mundial de Saúde

HAM-D - Hamiltom

EUA - Estados Unidos América

APA - Associação Psiquiátrica América

RCAAP - Repositório Científico de Acesso de Aberto de Portugal

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

S\p-Sem pagina

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, lecionado pela Universidade do Mindelo. A finalidade deste trabalho é o desenvolvimento de uma investigação científica para apresentação e conclusão do processo de licenciatura.

A escolha da temática assistência de enfermagem à parturiente com depressão pós-parto resulta das motivações e vivências obtidas ao longo dos sucessivos Ensinos Clínicos (EC). Deve-se ainda referir que o sexto EC foi o principal motivador, uma vez que tive oportunidade de conviver com um familiar que foi diagnosticado essa patologia. A motivação advém da vontade de enriquecer os conhecimentos de modo a contribuir para uma melhor assistência das puérperas, uma vez que é pouco explorado em Cabo Verde.

Não obstante esse motivo, é de realçar que trata-se de um tema bastante pertinente e atual por ser um problema de saúde pública que envolve não só os profissionais de saúde, mas também todas as entidades responsáveis, bem como os familiares e a sociedade em geral. Este tema é de grande relevância visto que pode melhorar assistência às parturientes com depressão pós-parto (DPP), mantendo a sua integridade psicológica eliminando as angústias, como estaria diminuindo as sequelas que podem aparecer mais tarde se não forem tratadas a tempo.

No que tange a estrutura é de frisar que o trabalho encontra-se estruturado em três (3) capítulos bem organizados: enquadramento teórico, fase metodológica e fase empírica. O primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico onde se apresenta uma revisão bibliográfica da escolha do tema, onde faz-se apresentação dos principais conceitos extraídos dos objetivos do trabalho.

No segundo capítulo encontra-se a fase metodológica, em que está exposto todo o percurso metodológico, explicando-se o tipo de estudo e abordagem utilizados nesta investigação, bem como os objetivos pretendidos. No terceiro e último capítulo compreende-se a fase empírica dando ênfase à análise dos resultados do estudo.

Por fim apresentamos as referências bibliográficas, e as considerações finais seguido das propostas Apêndices e requerimentos elaborados para a recolha de dados e anexos. É de realçar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas de redação e formatação do trabalho científico da Universidade do Mindelo.

Espera-se que este estudo possa contribuir para que o profissional de saúde possa aumentar os conhecimentos na atuação do enfermeiro às parturientes com depressão pós-parto, e que através deste trabalho surjam mais outros trabalhos sobre o tema.

## **Problemática e justificativa**

O tema é de grande relevância, uma vez que é considerada um sério e atual problema de Saúde pública, não só pela sua alta prevalência, mas pelo impacto negativo que exerce na estrutura e dinâmica dos familiares e na sociedade precisa conhecer melhor este problema que afeta a saúde mental da mulher, acolhendo-as da melhor forma ajudando a prevenir os seus problemas futuros tendo em conta os dados apontado para a cultura feminina com o passar do tempo.

Com o parto, ocorrem diversas reações na puérpera e também em todo o ambiente familiar e social, que reativam profunda ansiedades e medos, principalmente nas situações em que as mães não aceitam a criança, nas que tem medo de perder a sua figura física, em casos de aborto tardio, e ainda nas situações em que a criança nasce com malformação congénita.

Essas situações comprometem a capacidade de resposta e adaptação da parturiente que por vezes afeta no desempenho das novas tarefas e necessidades maternas básicas pragmáticas como lavar, vestir, alimentar, aumentando os fatores de riscos para o desenvolvimento de problemas mental.

O enfermeiro tem uma importante função a cumprir, cuja responsabilidade ética é promover o cuidado de qualidade da puérpera prevenindo as complicações que poderão surgir desse quadro. Não obstante a geração das novas tecnologias consequentemente os avanços das ciências de saúde, consta-se que o enfermeiro é um profissional indispensável no cuidado a gestante e puérpera acompanhando-a ao longo de todo o ciclo gravídico, estando mais próximo do utente, prestando cuidados 24 horas por dia. Porém o enfermeiro sozinho não consegue dar resposta, principalmente se a mulher já apresentava transtornos psicológico ao longo da gravidez, devendo nesses casos envolver marido e outros cuidadores para poder alcançar uma melhor assistência e promover uma recuperação sadio com dignidade e qualidade de vida desejada.

A gravidez é um momento evolutivo fundamental do desenvolvimento da identidade feminina, em que há varias mudanças irreversíveis no ciclo vital feminino, durante o qual a mulher revive, elabora e resolve conflitos infantis. É um momento que se apresenta como uma crise evolutiva e também de extrema vulnerabilidade. O período da gravidez é um momento de reflexão do seu passado e de relançamento do seu futuro.



Na linha de pensamento de Nascimento, (2003, p. 17) “muitas mulheres durante a gravidez demonstram sinais de depressão, por vezes mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade atribuída à fisiologia própria da gravidez”.

As alterações de humor são um dos fatores condicionantes para isolamento da pessoa, por isso os cuidados têm de partir desde dos lares familiares amigos de modo satisfatório, proporcionando confiança e segurança à gestante, sem críticas mas com compreensão e carinho, acolhendo-a nos momentos de maior fragilidade traçando estratégias para minimizar o impacto dos transtornos mentais que podem agravar com o tempo se não for tratado, como ponto máximo nas primeiras 24 horas após o parto, (Fonseca, Tavares e Rodrigues, 2009, p. 321).

O que mais incentivou a escolha desse tema é que viu-se um caso de uma adolescente grávida sem apoio familiares, sem muito incentivo para fazer as consultas pré natais, quando ela deu a luz a criança, passado alguns dia foi-lhe diagnosticada depressão pós parto, após tentativa de cometer homicídio do próprio filho. É de referir ainda que durante o período de estágio observou-se vários casos do tipo, onde pode-se constatar que lamentavelmente os mesmos não são registados o que impossibilita o tratamento estatístico dos mesmos, aspeto de suma importância na definição de estratégias de atuação no sentido de prevenir e tratar essas situações.

Não obstante ao que já foi referido convém frisar que a depressão pós-parto tem contribuído para a mortalidade materna em todo o mundo, motivo pelo qual vários estados tem unido os esforços no sentido de definirem estratégias de promoção de saúde materna permitindo o diagnostico precoce e tratamento adequado dos casos de depressão pós-parto.

Por esse motivo vários planos de saúde contemplam como prioridade máxima a efetivação e criação de programas de saúde materna cada vez mais ajustadas as suas realidades, e Cabo verde não foge a regra. Pois segundo o Relatório de Desenvolvimento a promoção da saúde materna constitui-se o 5º objetivo de desenvolvimento do milénio, exigindo dos profissionais de saúde a prestação de cuidados maternos de alta qualidade. Apesar desses esforços contata-se que há um aumento da gravidez na adolescência, que julgam-se ser não planeadas, visto que não há dados atestando o planeamento dos mesmos. Esse aspeto reveste-se de muito importância para o presente trabalho no sentido de que a adolescência não é melhor período para ter uma gravidez. O que por si só constitui-se num fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós parto.

No que toca a dados epidemiológicos da depressão pós-parto, estima-se que “a depressão pós-parto (DPP) acomete entre 10% a 20% das mulheres, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos” (Iaconelli, 2005 s/p).

Nesta linha do pensamento, Fonseca, Tavares e Rodrigues, (2009, p. 32) acrescentam que “esse mal atinge entre 10 e 15% das mulheres em geral, podendo ser o primeiro episódio de depressão para 60% delas”.

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), “a depressão configura-se como a quinta causa de morbidade entre todas as doenças do mundo” e segundo Tavares, (2003, p. 33) “os agravos à saúde mental são responsáveis por uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo o mundo”.

Na perspectiva de Ribeiro e Andrade, (2009, p. 13) “dentre tantas doenças psicológicas que acometem as mulheres no período gestacional, a DPP destaca-se por ter uma maior incidência de abandono e/ou assassinato de bebês por suas próprias mães”. Com a DPP a parturiente não coloca em risco apenas a sua vida mas também a do bebê e mesmo também quem a rodeia.

Segundo Higuti e Capocci, (2003, p. 14) “em estudos realizados, essa taxa de incidência varia entre 8,4% a 23,3% e através de investigações clínicas, retrospectivas e demonstram que mais de 10% das mulheres apresentarão um episódio depressivo maior no ano subsequente ao parto”.

Na perspectiva de Nogueira, (2013, s/p) a “depressão pós-parto (DPP) apresenta-se como problema de saúde cuja incidência no Brasil gira em torno de 10 a 42% e que acarreta graves prejuízos à saúde materno-infantil e à unidade familiar”. Ainda no que tange aos dados do Brasil “a ocorrência de indicativo de depressão pós-parto foi de 34,3%, percentual superior ao obtido em estudo (19,1%) no qual se utilizou a escala de Hamiltom (HAM-D)” (Fonseca, 2009, p.45).

Através de estudo feito Moraes (2010, p.60),

“as síndromes psiquiátricas pós-parto são as doenças mentais que ocorrem durante o primeiro ano após o nascimento da criança, as mais frequentes são a melancolia de maternidade, podendo atingir de 50 a 80% das puérperas; a psicose pós-parto, ocorrendo entre 1 a 2 casos por 1.000 e a depressão pós-parto que acomete entre 18 a 39,4% das mulheres puérperas no mundo, iniciando-se na primeira semana após o parto e perdurando por até dois anos. Outras estimativas apontam que cerca de 500 mil mães por ano, nos EUA, apresentam depressão pós-parto, e metade delas não procuram posteriormente uma avaliação ou tratamento para saúde mental”.

Considerando a população mundial, a doença depressiva é bastante comum e, ao mesmo tempo, insuficientemente diagnosticada e tratada. Segundo Wilkinson (2003, p.

34), “cerca de 25% da população mundial tem ou terá um episódio moderado ou grave de depressão”.

No entanto, “as mulheres destacam-se como um segmento mais sensível do que os homens na manifestação da depressão, principalmente nos contextos que envolvem exclusivamente o mundo feminino, notadamente nas situações relativas à maternidade” (Lara, 2004, p. 87). Pesquisas mostram que “a prevalência da DPP atinge entre 18 e 39% das puérperas, podendo haver variação a depender dos critérios utilizados no diagnóstico, do período de tempo estudado (Pawar, 2011, p. 123).

Em um estudo realizado por Zinga (2005, p. 90), constatou-se que 8 em cada 10 mulheres podem apresentar a melancolia da maternidade (*postpartum blues*), um transtorno transitório do humor tipicamente marcado por labilidade do humor, momentos de choro, irritabilidade e transtorno do sono, que perdura cerca de duas semanas após o parto. Em algumas mulheres, os sintomas depressivos não se resolvem e persistem, levando à depressão pós-parto.

Uma revisão sistemática da literatura sobre a DPP no Brasil, feita por Cantilino (2010, p. 98), “incluiu dez estudos e mostrou taxa de prevalência de DPP entre 7,2% e 43%, sugere que esta grande variação pode ser devida a fatores culturais e aos instrumentos utilizados para o diagnóstico”.

Relativamente aos dados estatísticos de Cabo-Verde, é de referir que, este ano 2017, o tema da comemoração do dia mundial de saúde foi a depressão e varias atividades foram levados a cabo em todo o país (Cabo Verde). Contudo e apesar da preocupação das entidades máximas de saúde é de referir ainda que poucos dados estatísticos são produzidos sobre o assunto. Ao nosso ver o fato desses dados não estarem devidamente organizados acaba por mascarar essa problemática, que curiosamente, tem sido cada vez mais frequente no nosso meio, o que consequentemente limita a atuação dos profissionais de saúde.

Nos quadros abaixo mostra-nos os dados colhidos do Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN) e o Hospital Dr. Baptista de Sousa, São Vicente (HBS) das inter-consultas com o serviço de saúde mental, realizadas desde Janeiro de 2014 ate Abril de 2017.

Conforme pode-se constatar na tabela 1, segundo os dados Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN) nos últimos quatro (4) anos houve um total de 120 casos de inter-consultas. O maior registo foi na faixa etária dos 12 aos 24 anos com 67

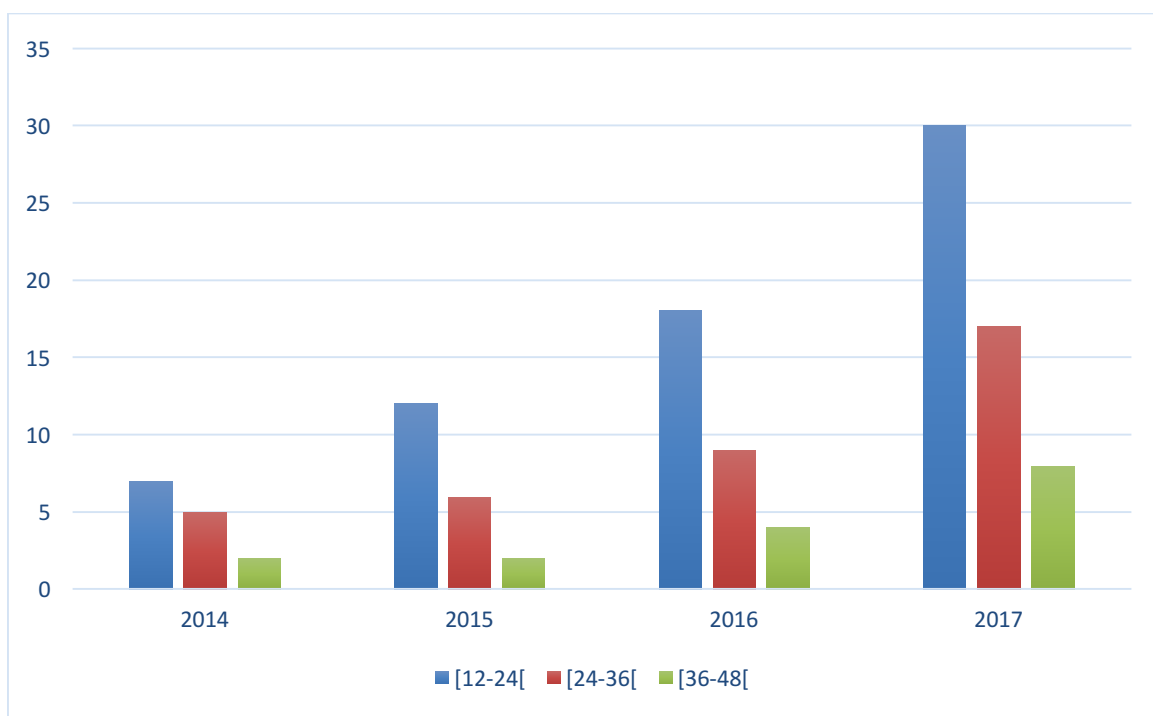
casos, correspondendo a 56 % de inter-consultas, o segundo maior registro foi na faixa etária dos 24 aos 36 anos com 37 casos e uma representação de 31 %, por fim a faixa etária dos 36 aos 48 anos com 16 casos e uma percentagem de 13%.

Tabela 1  
Inter-consultas Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN)

Faixa Etária	2014	2015	2016	2017	Total	% de Inter-consultas
	Nº de Inter-consultas	Nº de Inter-consultas	Nº de Inter-consultas	Nº de Inter-consultas		
<b>12-24</b>	7	12	18	30	67	56%
<b>24-36</b>	5	6	9	17	37	31%
<b>36-48</b>	2	2	4	8	16	13%
<b>Total</b>	14	20	31	55	<b>120</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1  
Inter-consultas Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN)



Fonte: Elaboração própria

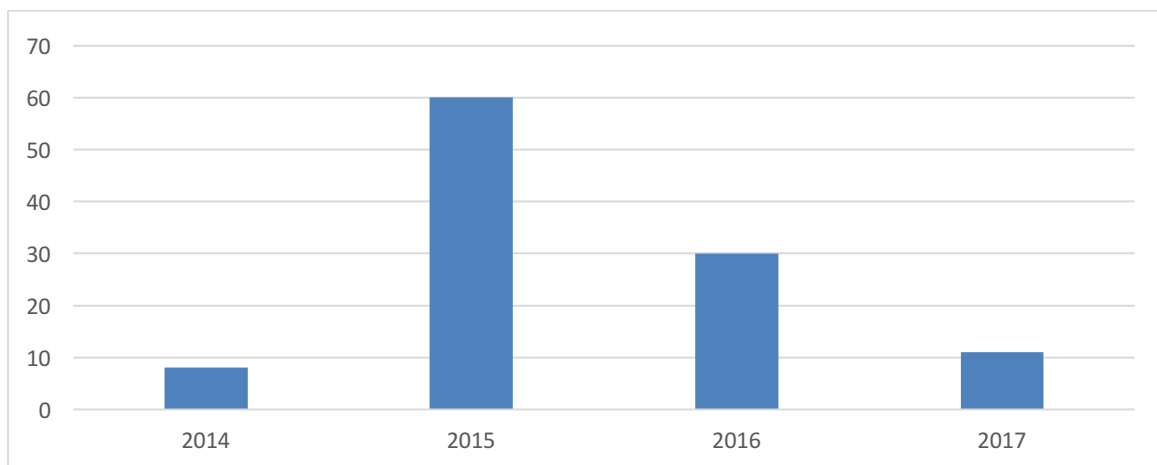
Como se pode observar na tabela 2, prevalece o maior registo de casos de diagnóstico por DPP no ano 2015 com 60 casos, com o segundo maior registo, no ano de 2016 com 30 casos, o terceiro registo, em 2017, por ultimo o ano de 2014 com 8 casos.

Tabela 2  
Diagnostico por depressão pós parto em Hospital Regional de Santiago Norte, Santa Catarina (HRSN)

<b>Diagnostico</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
	Nº	Nº	Nº	Nº
<b>Depressão Pós Parto</b>	8	60	30	11
<b>TOTAL: 109 CASOS</b>				

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2 Diagnostico Depressão Pós-Parto HRSN



Fonte: Elaboração própria

No caso do HBS, os dados estatísticos indicam um total de 50 inter-consultas com o serviço de saúde mental, solicitados por médicos de enfermagem de maternidade e pelos centros de saúde, 50 casos. O maior registo foi na faixa etária dos 12 aos 24 anos com 30 casos, correspondendo a 60 % de inter-consultas, o segundo maior registo foi na faixa

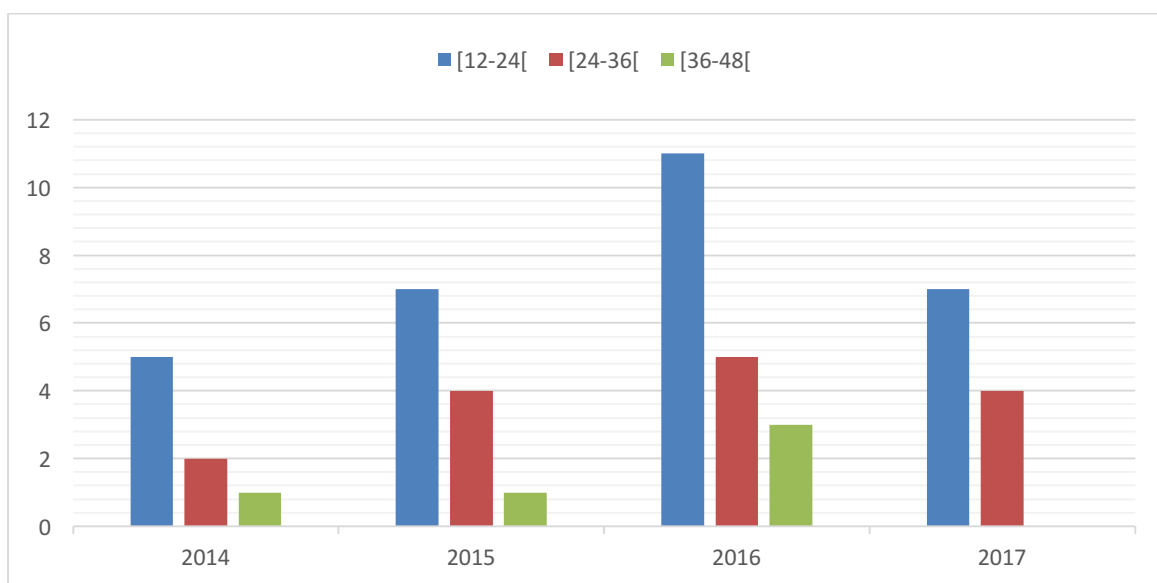
etária dos 24 aos 36 anos com 15 casos e uma representação de 30 %, por fim a faixa etária dos 36 aos 48 anos com 5 casos e uma percentagem de 10 % conforme pode-se observar na tabela 3.

Tabela 3  
Inter-consultas feitas no Hospital Dr. Baptista de Sousa

Faixa Etária	2014	2015	2016	2017	Total	% de Inter-consultas
	Nº de Inter-consultas	Nº de Inter-consultas	Nº de Inter-consultas	Nº de Inter-consultas		
12-24	5	7	11	7	30	60 %
24-36	2	4	5	4	15	30 %
36-48	1	1	3	0	5	10 %
Total	8	12	19	11	50	100 %

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3  
Inter-consultas feitas no Hospital Dr. Baptista de Sousa



Fonte: Elaboração própria

Segundo os dados consultados houve um total de 29 caso de DPP. A faixa etária com maior prevalência dessas utentes que tiveram DPP é de 12 a 25 anos, considerando assim este intervalo de risco para mulheres que engravidam nesta idade, requerendo assim

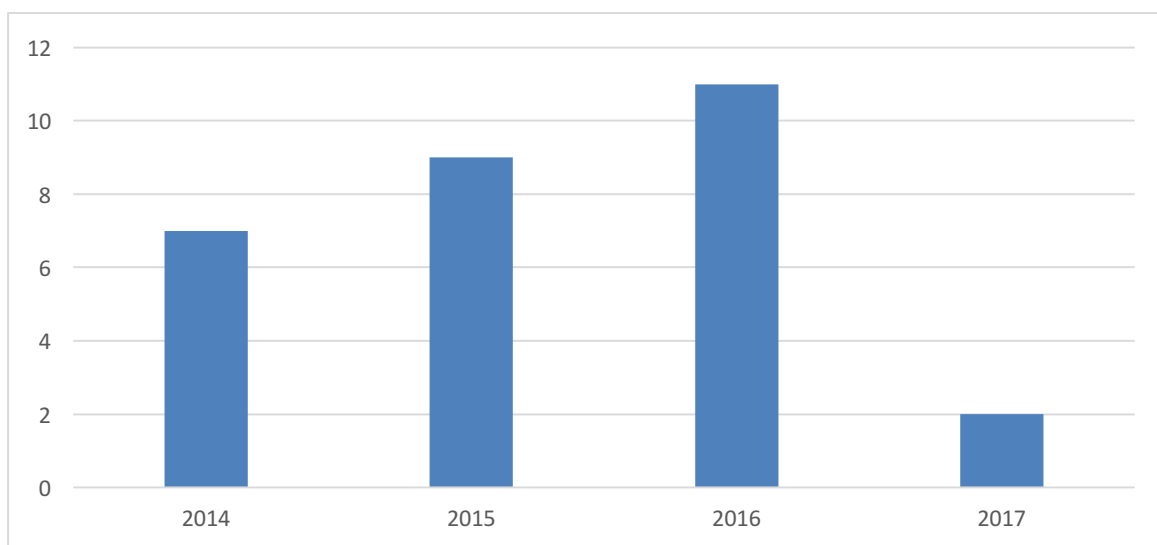
uma maior atenção dos profissionais de saúde. Subsequentemente teve o maior número por DPP no ano 2016.

Tabela 4  
Diagnostico por depressão pós-parto em HBS de 2014 á 2017

Diagnostico	2014	2015	2016	2017
	Nº	Nº	Nº	Nº
Depressão Pós Parto	7	9	11	2
<b>TOTAL: 29 CASOS</b>				

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4  
Depressão Pós-Parto HBS



Fonte: Elaboração própria

Face aos dados apresentados, percebe-se assim que a elaboração desse estudo assistência de enfermagem á parturiente com depressão pós parte, é de grande importância, porque leva a entender melhor os cuidados que devem ser prestados as puérperas, com depressão pós-parto.

Diante desta realidade é de observar que “o tema estudado surgiu da análise de que a depressão pós-parto nem sempre é percebida adequadamente pelos familiares e até

mesmo pelos profissionais de enfermagem” (Veloso & Sousa, 2003, p. 6). Esse aspecto realça ainda que o enfermeiro deve estar atento na assistência a gestante de modo a perceber precocemente, e sempre que possível, quais as percepções da gestante sobre a gravidez, os seus medos, as angustias, os sentimentos, sobretudo nas situações de gravidezes não planejadas e ou desejadas.

Segundo Veloso e Sousa, (2003) no puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Neste sentido a família tem que dar todo o suporte necessário para esta mulher, mostrando-lhe que não está sozinha e que tem o apoio e acolhimento de todos nesta fase tão bonita da sua vida. O sentimento de solidão torna-se um grande fator de risco para que uma mulher desenvolva uma DPP porque lhe vai passar várias ideias na cabeça sobre a sua vida daí para frente.

Posto isto Nascimento, (2003, p. 145) aponta, ainda, que os profissionais de saúde dos cuidados primários e secundários deverão estar conscientes das mudanças sociais e do seu impacto nas perturbações perinatais, deverão também estar equipados para fornecer o saber no que diz respeito à prevenção e tratamento e deverão ter um papel de suporte, particularmente para os pais isolados socialmente.

Face a problemática apresentada elaborou-se os seguintes objetivos gerais e objetivos específicos:

### **Objetivo geral**

- Verificar assistência de enfermagem prestadas às parturientes com depressão pós-parto internados no serviço maternidade do Hospital Baptista de Sousa

### **Objetivo específico**

Para ajudar a complementar o objetivo geral, foram determinados como objetivos específicos:

- Identificar a percepção dos enfermeiros do serviço da Maternidade do HBS sobre as necessidades humanas fundamentais afetadas nas parturientes com depressão pós-parto;



- Identificar os cuidados de enfermagem prestados as parturientes internadas no serviço de maternidade com depressão pós-parto;
- Verificar os recursos disponíveis no serviço de maternidade que proporcionam uma melhor prestação de cuidados as parturientes internadas com depressão pós-parto.

## **CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Para este capítulo reservou-se o enquadramento teórico, debruçando sobre os principais conceitos abordados no trabalho para a compreensão do tema em estudo. O nascimento de um filho é um acontecimento de grande importância na vida da mulher e dos familiares, onde exige mudanças em vários aspectos para absorver o novo membro na dinâmica e na rotina da casa. A alegria e a satisfação pela chegada do filho se chocam com as responsabilidades de assumir novas tarefas e limitações de algumas atividades anteriores.

### **1.1. Depressão**

A depressão é uma doença que pode afetar qualquer pessoa, e deve ser encarado como um problema de saúde pública.

Para Gonçalves e Machado (2008, p.124), “desde a antiguidade encontra-se casos de depressão. Cerca de 400 a.C. Hipócrates usava o termo melancolia para esse distúrbio. A palavra depressão começou a ser usada em inglês para identificar o desânimo, mas entrou em uso em meados do século XIX”.

De acordo com Moraes (2012, p.60) a depressão é o estado resultante da baixa do desenvolvimento psicológico, provavelmente baseado em anormalidades do metabolismo da serotonina e adrenalina, na qual predomina a raiva, a frustração, a perda de prazer e a retração.

### **1.2 Depressão pós-parto**

Segundo Fonseca, (2009, p.234) “a depressão pós-parto é uma síndrome caracterizada por um transtorno no funcionamento emocional, comportamental, físico e cognitivo da mulher”.

Por tudo isso, Higuti, Capocci (2003, p.123) “depressão pós-parto, é caracterizada por como: conceito, etiologia, fatores de risco, sintomatologia, diagnóstico e tratamento”.

É de se realçar que “a manifestação do quadro de depressão pós-parto acontece geralmente a partir das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, alcançando sua intensidade máxima durante os seis primeiros meses posteriores” (Moraes, 2006, p.43).

As mães deprimidas também sofrem grande influência de suas próprias expectativas, podendo sentir-se preocupadas por não conseguirem ser a mãe ideal que

esperavam, ou sentirem-se frustradas por notarem que sua vida como mãe não é como elas imaginavam.

Segundo Lara (2004, p.12), “as mulheres têm uma predisposição para desenvolver a depressão, inclusive no período pós-parto devido ao nascimento de um bebê, evidenciando perturbações emocionais ou disfunção cognitiva, sendo necessários estudos sobre o assunto, dando ênfase na experiência materna para conhecer o senso comum da vivência da mãe mediada pelo adoecimento psíquico”.

Existem evidências de que “a depressão pós-parto não só afeta a puérpera e sua relação com o bebê, mas também se reflete em distúrbios cognitivos, comportamentais, sociais e psicológicos na criança e pode, a longo prazo, trazer impacto negativo sobre o desenvolvimento familiar” (Schmidt, Piccoloto, Miller, 2015, p.66)

Segundo Camacho, (2006), existem três categorias de depressão: 1) o *baby blues*, que é a forma mais branda da depressão pós-parto; 2) a depressão puerperal e 3) as psicoses puerperais, caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio.

Recorre-se a Santos e Júnior (2009) para fundamentar que a DPP é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. Pode ocorrer nas primeiras semanas do puerpério, podendo alcançar sua intensidade máxima até os seis meses pós-parto. Nesse período, podem ocorrer sintomatologias diversas, como desânimo persistente, sentimento de culpa, alteração do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas. A prevalência da DPP está entre 10 a 20% das puérperas, de acordo com a maioria dos estudos.

Conforme Silva e Botti (2005), a depressão pós-parto é uma patologia derivada de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial, muitas vezes não controlada, atuando de forma implacável ao seu surgimento tendo como principais fatores de risco a menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada.

### 1.2.1 Tipos de depressão pós-parto

Desde há muito tempo vem-se tentando definir os tipos de DPP, e na ótica de Schwengber; Piccinini, (2003, p.16) “é considerado um quadro leve e transitório, que atinge cerca de 60% das mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, tendo remissão espontânea”. São vários os tipos de depressão pós-parto que podem acometer as mulheres, e segundo Townsend, (2009) são quatro os tipos de DPP e cada um com os seus sintomas diferentes. Assim dividiu-se em:

- Depressão transitória
- Depressão ligeira
- Depressão moderada
- Depressão grave

Segundo o autor supracitado na depressão Transitória os sintomas a este nível não são necessariamente disfuncionais, enquanto na ligeira sintomas a nível Ligeiro de depressão são identificados associados ao pesar normal, na depressão moderada este nível de depressão representa uma depressão mais problemática, e por última depressão grave é caracterizado por intensificação dos sintomas descritos para a depressão moderada”

Entre as mulheres que dão á luz, aproximadamente 50 a 80% experienciam “*blues*” após o parto” (Mehta e sheth, 2006, p. 21).

Tabela 5  
Tipos de depressão

<b>Depressão Transitória</b>	<b>Depressão Ligeira</b>	<b>Depressão Moderada</b>	<b>Depressão Grave</b>
Desilusões da Vida Cotidiana	Resposta Normal de Pensar	Perturbação Distimica	Perturbação Depressiva Major

Fonte: Townsend, 2009

### 1.3. Sintomas da depressão pós-parto

Antes de falar dos sintomas é preciso conhecê-lo e Sousa e Veloso (2003, p. 45) dessa forma pode-se compreender porque não é comum que a mãe deprimida reconheça que seus sintomas são considerados depressão, indicando a importância da família em ajudar a mulher a buscar ajuda quando ela não se sente bem após a chegada do bebê.

Segundo Sousa e Veloso (2013, p. 46) “evidenciam que muitas vezes a depressão é negligenciada pela própria mãe deprimida, companheiro e mesmo familiares, que podem entender que os sintomas que ela apresenta devem-se ao cansaço e desgaste natural do processo do puerpério, causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e pelos cuidados dispensados ao bebê”.

De acordo com Alves, Busgaib e Costa, (2010, p. 24) os sintomas da depressão pós-parto são similares àqueles da depressão que ocorre em período não-puerperal, com início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo incidir até seis meses após o parto, devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas atividades estar presentes por no mínimo duas semanas.

Os sintomas de “*Maternity blues* inclui crise de choros, prostração ansiedade e perturbações subjetiva da concentração que aparece no início do puerpério. Os sintomas começam geralmente dentro 48 horas após o parto, atinge o máximo de 3 a 5 dias e duram aproximadamente 2 semanas” Townsend, (2009, p. 12).

Ainda esse mesmo autor referencia que os sintomas da depressão moderada foram descritos como humor depressivo que varia de 1 dia para o outro, com mais dias maus que bons, com tendência a ser pior à noite e associada à fadiga, e irritabilidade perda de apetite perturbações do sono e perda da libido. Townsend, (2009, p. 12).

Neste sentido, a melancolia pós-parto, ou psicose depressivo, pós-parto é caracterizado por um humor depressivo, agitação indecisão falta de concentração, culpa e uma atitude anormal relativamente às funções corporais. Pode haver falta de interesse ou rejeição do mesmo, ou medo mórbido do bebê se magoar. Os riscos de suicídio e infanticídio não devem ser negligenciados (Townsend, 2009, p. 12).

Os principais sintomas segundo Berreta, (2008, p. 33) é Desânimo; sentimento de culpa; alterações no sono; choro fácil; tristeza; ideias suicidas; diminuição do apetite e queda do nível de funcionamento mental.

A sintomatologia depressiva no período pós-parto não difere muito da que ocorre em outras fases da vida, sendo assim caracteriza-se por:

- Ansiedade, baixa autoestima, humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso e apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, preocupação em cuidar do bebê, queixas somáticas, fadiga, sentimentos de inutilidade e/ou culpa, capacidade diminuída de pensar e de concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes de morte, tristeza, diminuição da feminilidade, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas e perda do interesse sexual (Kaplan & Sadock, 2009, p. 18).

Todos os sintomas acima explicados devem ser levados em conta para que a mulher grávida possa ter uma gravidez saudável e um parto livre de preocupações.

#### **1.4. Causa da depressão pós-parto**

A causa da DPP pode muito provavelmente ser uma combinação de influências hormonais, metabólicas e psicossociais. Além de estar exposto a estas mesmas alterações somáticas, a mulher que experimenta sintomas moderados agrava possui provavelmente uma vulnerabilidade à depressão relacionada com a hereditariedade, educação, vivências de vida iniciais, personalidade ou circunstâncias sociais. Algumas mulheres com estas perturbações queixam-se de falta de apoio dos maridos e insatisfação com o casamento.

Neste mesmo ano outro autor referencia outras causas que podem levar a DPP. “Fatores biológicos, histórico de transtorno do humor ou ansiedade e de transtorno disfórico pré-menstrual e doenças psiquiátricas na família também são citados como relacionados à etiologia da DPP” (Ryan, 2005, p. 22).

Embora não se conheça claramente a etiologia da DPP, sabe-se que alguns fatores podem contribuir para a sua precipitação, Santos (2009, p. 19) também elaborou algumas causas da depressão pós-parto tais como:

- Baixa condição socioeconômica, a não-aceitação da gravidez, o maior número de gestações, de partos e de filhos vivos, o menor tempo de relacionamento com o companheiro, história de problemas obstétricos, menor tempo para tocar no bebê após o nascimento, violência doméstica, pouco

suporte por parte do companheiro, sobrecarga de tarefas e experiência conflituosa da maternidade.

### **1.5. Fatores de risco**

A gravidez é um momento na vida da mulher que todas devem viver em plena harmonia num ambiente saudável e em família. Na perspectiva de Sebmidt, Piccloto e Muller, (2005, p. 64) “caso uma mulher tenha tido um episódio no pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada parto subsequente situa-se entre 30 e 50%”.

Por isso temos que avaliar muito bem as mulheres com DPP para saber as medidas a serem tomadas. Segundo, Veloso, Sousa, (2003, p. 10) “neste contexto, o enfermeiro profissional que, normalmente, está presente no atendimento às necessidades da gestante e da puérpera, deve estar atento a esses fatores de risco, de forma a prevenir o fracasso do estabelecimento do vínculo mãe-bebê”

Segundo Fonseca, Silva e Otta (2010, p. 68) em grande parte das culturas e nas diversas áreas geográficas, os fatores de risco para o desencadeamento de um quadro depressivo no pós-parto são semelhantes: perda significativa, estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldades para lidar com o bebê devido ao temperamento deste ou a doenças, conflito marital, baixo apoio social e dificuldades econômicas.

Na perspectiva Sebmidt, (2005, p. 77) “o reconhecimento da DPP é importante não apenas para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também por seus efeitos negativos sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, e sobre o aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança”.

A intervenção do enfermeiro na prevenção da DPP, identificando possíveis gestantes com predisposição depressiva, diminui riscos e aumenta a qualidade de vida destas,

Os principais fatores de risco para DPP citados por Coutinho, Baptista, (2002, p. 1168), são a falta de adequado suporte social, problemas conjugais, dificuldades econômicas, mudanças bioquímicas e hormonais, gravidez não desejada, complicações obstétricas, ausência de aleitamento materno, idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, a condição de solteira ou divorciada, e situação de desemprego, entre outros.



Outros fatores de risco encontrados mais recentes que estão envolvidos com o desenvolvimento da DPP. Entre os principais, são citados:

“Mães com idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou insuficiência de suporte social ou emocional. Inclui-se, ainda, nesta lista, a personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, as relações afetivas insatisfatórias e os abortamentos espontâneos ou de repetição” (Gomes, 2010, p.49).

De acordo com Cantilino (2010, p.86) no puerpério, período compreendido após o parto, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófiseadrenal, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. Além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais, esta mudança pode-se caracterizar-se como fator de alto risco para a puérpera evoluir para uma DPP.

Confirmam ainda que no puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social.

Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina. Neste mesmo ano outros autores também apresentaram os principais fatores de risco para que uma puérpera venha a desenvolver uma DPP.

Na ótica de Fonseca, (2009, p. 1172), ressalta-se que os problemas financeiros estão entre os fatores de risco para depressão pós-parto. Nesta perspectiva, maior número de filhos gera mais gastos com alimentação, saúde, educação, higiene, etc. O que pode levar a dificuldades financeiras e a desgaste emocional no casal, propiciando o aparecimento de depressão pós-parto nas mulheres.

Segundo, Reading e Reynolds (2001, p. 63), relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias:

- A primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro;
- A segunda relacionasse à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes;
- E a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas.

A equipe de enfermagem deve estar atenta a esses fatores de risco, de forma a identificá-los precocemente e implementar medidas que auxiliem na promoção de um

puerpério emocionalmente sadio à nova mãe e, assim, garantir a formação do vínculo e do afeto, tão fundamentais para o desenvolvimento do bebê.

### **1.6. Tratamento da depressão pós-parto**

A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento.

O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP

A terapêutica da depressão puerperal baseia-se na farmacologia e na psicoterapia Vitolo (2007, p. 45) afirma que na maioria dos casos, a depressão pós-parto não é detetada e permanece sem tratamento, sendo seu diagnóstico precoce extremamente importante, pois somente dessa forma é possível prevenir possíveis agravos e impactos na qualidade de vida da mãe e no desenvolvimento do bebê.

Porém, “o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção destes medicamentos no leite. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, sua farmacocinética e a sensibilidade individual” (Rocha, 2008, p. 96).

A depressão pós-parto tem que ser acompanhada por profissionais de saúde a fim de minimizar o impacto deste na mãe e no bebê.

Segundo Ibiapina (2010, p. 97) para confirmação do diagnóstico e tratamento adequado da depressão pós-parto torna-se necessário uma avaliação oportuna e integrada com diversos profissionais (obstetras, psiquiatras, psicólogos).

Numa revisão sistemática realizado por Dennis e Stewart (2000, p. 54) “encontraram três estudos comparando a eficácia de três medicamentos para tratamento da DPP: sertralina, fluvoxamina e venlafaxina, com grupos pequenos e sem grupo de controle, que avaliavam eficácia da sertralina, fluvoxamina e venlafaxina na DPP, e em todos eles foram observadas melhorias dos sintomas depressivos”.

Uma das preocupações em relação ao emprego de fármacos no tratamento de puérperas é a excreção destes no leite materno. O estudo de Silva (2003, p. 55) mostrou que “níveis significativos de Fluoxetina e Citalopram foram encontrados no plasma

sanguíneo dos lactentes de puérperas que utilizaram esses fármacos. O mesmo não aconteceu quando foram utilizadas a Sertralina e a Paroxetina”.

### **1.7. Prevenção da depressão pós-parto**

Seguindo o conceito de prevenção precoce da DPP, é imprescindível que o médico estabeleça uma adequada relação profissional/paciente, que o auxilie a identificar as mulheres com fatores de risco, durante o acompanhamento pré-natal. Neste período, eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas podem ser resolvidos.

Segundo Konradt (2011, p.54), “a prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome. Os autores sugerem, como prevenção, o uso de abordagem terapêutica logo no início da gestação, a fim de diagnosticar possíveis fatores de risco da DPP e iniciar o tratamento precocemente”.

As benfeitorias da atuação terapêutica precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães e familiares, “ela representa, também, um grande benefício para as crianças, uma vez que pode existir relação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos” (Cunha, 2012, p.76).

O apoio, a preparação e o acolhimento durante a gravidez, assim como o aumento de informação contribuem para o aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, observando-se assim menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto.

A intervenção psicológica em grupo durante a gestação funciona como suporte, contendo as ansiedades e fomentando as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas. A interligação do falar, refletir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e conseqüentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimerman e Osório, 2007, p. 65).

Assim, a terapia é essencial na prevenção e tratamento da DPP. “Na psicologia, existem muitas técnicas e abordagens diferentes e todas derivam de teorias que dizem respeito às causas da doença mental, sendo que cada uma delas tem seus respectivos benefícios e são consideradas úteis no tratamento da DPP” (Camacho, 2006, p. 98).

Na ótica de Silva e Botti (2005, p. 23) afirmam que “o conhecimento dos fatores de risco da Depressão Pós-Parto é extremamente importante no planejamento e implementações de ações preventivas. Aponta como medidas preventivas dos transtornos depressivos puerperais o máximo de apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e puerpério (obstetra, enfermagem e pediatra)”.

Outro autor também defende a importância da identificação de fatores de risco para a depressão no ciclo gravídico-puerperal e o conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica para os transtornos de humor no puerpério, para que haja a prevenção utilizando estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais (Felix 2008, p. 23).

Deve-se realizar atento acompanhamento á gestante ainda durante o pré-natal, sendo-lhe dada a oportunidade de uma relação estratégia saúde da família-paciente favorecedora da resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais desfavoráveis. Assim, a equipe de saúde tem a oportunidade de atuar não apenas no diagnóstico, mas também em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para modificar a elevada prevalência e impacto social desse transtorno

Não se observa rotineiramente nos serviços de saúde o rastreamento do indicativo de depressão pós-parto. Desta forma, essa experiência, vivida subjetivamente pela mulher é por vezes invisível aos profissionais de saúde. Ademais, quando as mulheres ou familiares buscam tratamento, um quadro mais grave pode estar instalado. (Felix 2008, p. 23).

Os enfermeiros, ao apoiar-se em comportamentos e atitudes que se baseiam na proximidade com a parturiente, tem acesso privilegiado e por vezes facilitado para a detecção precoce de fatores de risco da depressão pós-parto.

O trabalho preventivo da enfermagem nesse período pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

É importante permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e um Enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante.

Trata-se de um trabalho preventivo, se tiver início junto com o acompanhamento no pré-natal e/ou de suporte ante a crise, no caso da depressão pós-parto já instalada. “Os

benefícios dessa atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício às crianças pois, de acordo com as observações da literatura, existem boas evidências de correlação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos” (Chaudron e Pies, 2009, p. 41).

### **1.8. Escala de Edinburgh**

Esta escala é utilizada pelos enfermeiros para identificação de puérperas com DPP. A DPP é considerada um problema de saúde, podendo ser detectado através da escala Edinburgh devido à facilidade, rapidez de aplicação e baixo custo, podendo ser usado por qualquer profissional de saúde.

Na ótica de Alfaia, Guimarães e Rodrigues (2016, p. 23) a Escala de Edinburgh pontua a presença ou intensidade dos sintomas, tais como: humor deprimido ou disfórico, ideação suicida, entre outros, são os sintomas mais comuns de depressão.

Dentre as escalas de autoavaliação existentes, Figueira (2009), destaca a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) como sendo a mais usada para rastreamento de sintomas depressivos que se revelam após o parto, em que o referido instrumento é de simples aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à usabilidade clínica, podendo ser usada por profissionais das áreas básicas de saúde.

Segundo Lopes e Menezes., (2012, p. 76) ressaltaram que a Escala de Edinburgh é composta por dez enunciados, mostrando sensibilidade e especificidade satisfatórias para o possível diagnóstico. Suas opções são pontuadas de zero a três, compondo um total de no máximo trinta pontos e no mínimo zero, simultaneamente. A partir disso, os números são somados que correspondentes a cada item, obtém-se a sensibilidade da escala, com resultado maior ou igual a 11/12.

Na ótica de Guedes, (2011) enfatiza que a Escala de Edinburgh é um método eficaz para diagnosticar a DPP, visto que a EPDS é melhor por ser mais curto, facilmente utilizado, traduzido em várias línguas e possível para investigação em diferentes níveis socioeconômicos e etnias.

Posto isto Figueiras, (2009, p.9) relata que a Escala de Edinburgh compõe um instrumento apropriado de triagem da DPP, podendo ser praticada na rede pública de saúde

devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, além do baixo custo e probabilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde, pois o vasto uso da escala pode ser associado a um avanço nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, tornando mínimo deste modo seus prováveis resultados insalubres sobre mãe e filho.

Valença e Germano (2010) descrevem que na Escala de Edinburgh são pontuadas de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas, tais como: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de apetite, perda de prazer, ideação suicida, diminuição de desempenho e culpa, que são encontrados entre os sintomas mais frequentes de depressão.

Sugere-se o uso da escala nos serviços de saúde, bem como a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, pois é essencial que as puérperas sejam avaliadas quanto ao indicativo de DPP, de maneira a se fazer a detecção e o tratamento precoce, podendo contribuir para a prevenção de doenças, com a consolidação dos laços afetivos da mãe e do filho e de todos os membros familiares.

### **1.9. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto**

A gestação, o parto e puerpério compreendem fenômenos fisiológicos, como também correspondem a momentos da vida feminina, nos quais ocorrem as mais intensas mudanças orgânicas, corporais, psicológicas e culturais.

Durante essas fases, a mulher procura o serviço de saúde em busca de ajuda, com vistas a ter resposta aos seus anseios e preocupações. Assim sendo, é necessário encontrar ambiente acolhedor e uma assistência técnica competente e humanizada.

É essencial o trabalho da enfermagem junto à identificação, prevenção e tratamento da depressão pós-parto, visto que só assim serão evitadas outras doenças mentais não só na mãe, mas também no recém-nascido, a partir da relação de ambos, e deles com os indivíduos em geral, influenciando no comportamento do bebê.

Os profissionais de saúde devem estar aptos para identificar e tratar uma gestante com predisposição a desenvolver a depressão pós-parto e prevenir possíveis traumas.

Segundo Sales, Cavalcante e Feitosa, (2008, p. 45) “esse estudo tem como objetivo compreender o processo de atuação dos profissionais de enfermagem a cerca da assistência a mulher ofertada durante o período de depressão pós-parto na Estratégia Saúde da Família”.

Na linha de pensamento o autor acima citado Veloso, Sousa e Veloso, ( 2003, p. 69) “no entanto, merece maior atenção destes profissionais que têm contato com essa população a ficarem atentos às necessidades de diagnóstico mais preciso, bem como a possíveis intervenções com essas pacientes”.

É relevante também permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e equipe profissional bem treinada prestando assistência, orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante após o parto.

De acordo com Sobreira, (2012, p. 87) “a equipe de enfermagem deve desenvolver ações preventivas na rede pública, voltada à saúde da gestante/puérpera, estimulando a compreensão da mulher e do seu companheiro em relação às fases do puerpério”.

Segundo Tavares, (2003, p. 12) “Como também orientar os profissionais de saúde a ficarem atentos a sinais de depressão pós-parto ajudando desta forma no seu atendimento no pré-natal e período puerperal”.

Contrariando assim, “o enfermeiro, no atendimento às gestantes e puérperas, deve estar atento aos fatores de risco de depressão pós-parto, com o objetivo de prevenir e identificar precocemente o indicativo de depressão e favorecer o estabelecimento do vínculo mãe-bebê” (Fonseca, 2009, p.76)

Segundo Rocha (2013, p. 65) “diante do exposto, surge que a enfermagem centralize as pesquisas envolvendo a temática de forma que o eixo norteador seja os cuidados em enfermagem, a atuação da enfermagem na obstetrícia deve transpor os aspectos teóricos-conceituais e enfatizar o cuidado a saúde da mulher como baluarte”.

Acrescentando Ribeiro e Andrade, (2009, p. 98) “e equipe profissional bem treinada prestando assistência, orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante após o parto”.

A equipe de enfermagem deve desenvolver ações preventivas na rede pública, voltada à saúde da gestante/puérpera, estimulando a compreensão da mulher e do seu companheiro em relação às fases do puerpério. “Cabe aos serviços de saúde a aquisição de instrumentos para identificar precocemente, tratar e/ou encaminhar essas gestantes e puérperas com alguma predisposição depressiva, considerando a gravidade do caso” (Berreta, 2008, p. 178).

Acredita-se que a união de forças entre os profissionais de saúde e os familiares pode transformar o momento da DPP em uma fase em que a mulher poderá se sentir mais firme e mais confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e ajudada.

No que cabe a Veloso, (2003, p. 50) “os profissionais de saúde dos cuidados primários e secundários deverão estar conscientes das mudanças sociais e do seu impacto nas perturbações perinatais, deverão também estar equipados para fornecer o saber no que diz respeito à prevenção e tratamento e deverão ter um papel de suporte, particularmente para os pais isolados socialmente”.

Durante o puerpério, a equipe de enfermagem deve garantir estratégias de enfrentamento e adaptação a esse momento da maternidade, oferecendo suporte profissional, onde as informações importantes precisam ser repassadas em um tempo curto, tanto no momento da internação ou em seu retorno para a consulta de enfermagem, ficando atenta às mudanças ocorridas com a gestação e a readaptação à sua vida normal.

É importante salientar que “o enfermeiro durante o pré-natal deve avaliar a autoestima, a satisfação das futuras mães, para que no pós-parto, essas mulheres tenham suporte necessário pra enfrentar em mudanças de suas vidas” (Zagoneli, 2003).

O acolhimento é um momento em que o profissional de enfermagem deve ter postura ética, fazendo com que esta etapa do processo, seja vista como uma ação que necessita ocorrer em todos os momentos da atenção, desde o pré-natal, o parto e o puerpério.

Faz-se necessário a atuação do enfermeiro para o rastreamento precoce da depressão pós-parto por meio da identificação dos seus fatores de risco, de ações preventivas e do encaminhamento precoce de puérperas com indicativo.

### **1.10. Pré-natal**

No período pré-natal, muitas vezes, as preocupações giram apenas em torno do crescimento saudável do feto, da evolução física da gravidez ou do chá de bebê, do quarto, do enxoval e das demais providências práticas a serem tomadas para a chegada de um filho.

Segundo Boris (2015, p. 98) “pré-natal e a assistência médica e de enfermagem prestada a mulher durante todos os nove meses que esteja grávida, destina-se a garantir o melhor estado de saúde possível para a mãe e para o bebe no momento do parto”.



Para Coutinho (2003, p. 467) “a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública brasileira, ainda acrescenta que no Brasil, a persistência de índices preocupantes como os coeficientes de mortalidades maternas e perinatal, têm motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal”.

De acordo com Tsunechiro (2002, p. 23) quando a assistência pré-natal proporciona, além do controle biológico, continente ou chão seguro para a mulher e sua família, constitui-se em fator de coesão importante, pois viabiliza o cuidado obstétrico humanizado e integral, podendo tornar-se um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e pré-natal e transformar a realidade vivenciada pelas mulheres durante o período da gravidez.

### **1.11. Puerpério \ Pós-parto**

A fase puerperal, destaca-se as maiores alterações orgânicas e sociais que uma mulher pode enfrentar alterando seu estado de saúde ou bem-estar, pois é um momento importante da vida da mulher, sendo assim o aparecimento dos transtornos de ordem subjetivas aumentando as preocupações, ansiedades e panejamentos realizados e sentidas pela puérpera (Alexandre, p. 2013).

De acordo com Carnes, (1983, p. 149), “há pouca evidência de que a presença da depressão pós-parto esteja apenas associada a mecanismos biológicos, como a uma diminuição nos níveis hormonais, o que a explicaria como sendo resultado de alterações metabólicas”.

Estima-se ainda que “(...) o quadro clínico, tende a ser sub-diagnosticado e, as mulheres em risco, são raramente assinaladas durante a gravidez ou na sala de partos, submetido a publicação é principalmente o caso dos países em desenvolvimento onde a Saúde Mental em geral é relativamente ignorada” (Carnes, p. 149).

### **1.12. Teoria de Virgínia Henderson**

Tendo em conta que essa investigação é centrada na área da enfermagem, faz todo o sentido eleger uma teoria que se relacione sobre a temática e debruçar sobre a sua essência. A teoria que vai de encontro com a temática em estudo é a da Virgínia

Henderson, esta teoria é baseada no cuidado do utente onde todas as necessidades básicas estão em primeiro plano.

As 14 necessidades segundo Virgínia Henderson são:

- 1- Respirar
- 2- Comer e beber
- 3- Eliminar
- 4- Movimentar-se
- 5- Dormir e repousar
- 6- Vestir e despir
- 7- Manter a temperatura corporal
- 8- Higiene pessoal
- 9- Evitar perigos
- 10- Comunicar
- 11- Praticar a religião
- 12- Ocupar-se
- 13- Divertir-se
- 14- Aprender

No ano de 1955, Virgínia Henderson pela primeira vez publica o conceito de enfermagem na revisão da obra, *the Principles and Practice of Nursing*. A teoria de Virgínia sofreu várias influências nos primeiros anos de enfermagem.

Segundo Tomey (2002, p. 114) Henderson em 1966 define enfermagem como a (...) única função da enfermeira é de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários (...).

As puérperas que passaram por uma DPP, tem algumas necessidades afetadas para não dizer todas porque pode acontecer casos em que podem ter todas essas necessidades afetadas nos casos mais graves de DPP. A saúde é a habilidade para realizar as 14 necessidades com independência de acordo com a idade da pessoa, que também requer força de vontade e conhecimento.

Das necessidades humanas afetadas nas puérperas com DPP mais comuns são as seguintes:

- 1- Comunicação
- 2- Comer e beber
- 3- Higiene
- 4- Dormir e repousar

E muito importante que o enfermeiro saiba identificar e agir perante estas necessidades humanas afetadas nas parturientes. Virgínia Henderson valoriza a componente dos cuidados de enfermagem, diz ela que, para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita se colocar no lugar do doente, só assim ela consegue cuidar do doente com mais cuidados. E o doente deve ser visto como um todo holístico, se uma necessidade estiver afetada esta repercute nas demais necessidades.

Faz parte dos conhecimentos dos enfermeiros saber quais as necessidades que se encontram afetadas e como fazer para satisfazer as necessidades dos doentes sendo que de acordo com a teórica Virgínia, a partir do momento em que uma necessidade se encontra alterada basicamente todas as outras encontram-se afetadas uma vez que são relacionadas umas com as outras e uma pessoa só é considerada como tal quando tem as suas 14 necessidades básicas fundamentais.

### **1.13. Diagnóstico de enfermagem na depressão pós-parto**

Tabela 6  
Diagnóstico de NANDA

Comportamentos	Diagnóstico de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>• Humor depressivo, sentimentos de inutilidade, raiva voltada para dentro do self, interpretação errada da realidade e de ação suicida, plano e meios disponíveis.</li><li>• Depressão, preocupação com</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risco de suicídio</li><li>• Pensar complicado</li></ul>

<p>pensamentos de perda, autocensura, comportamento de evitamento ao pensar, expressão inadequada de raiva, diminuição nos papéis de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressões de desespero, inutilidade, culpa e vergonha, hipersensibilidade a mínima crítica, visão negativa, pessimista, falta de contacto visual, verbalizações de Auto negação.</li> <li>• Isolado, não comunicativo, procura estar sozinho, interação disfuncional com outros, desconforto em situações sociais.</li> <li>• Pensamento inadequado, confusão, dificuldade em concentrar-se, capacidade de resolução de problemas perturbados, interpretação imprecisa do ambiente, deficit de memória.</li> <li>• Perda de peso, fraco tónus muscular, conjuntiva e membrana mucosa pálidas, pobre turgor da pele, fraqueza.</li> <li>• Dificuldade em adormecer, dificuldade em manter-se a dormir, falta de energia, dificuldade de concentração, relatos verbais de não se sentir cansado.</li> <li>• Cabelos despenteados, roupas desalinhados, odor corporal ofensivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa autoestima</li> <li>• Isolamento social/interação social prejudicada</li> <li>• Processos de pensamento perturbados</li> <li>• Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais</li> <li>• Insónia</li> <li>• Deficit de autocuidado (higiene e aparência pessoal) (Nanda 1992)</li> </ul>
--	---

Fonte: Atribuições de enfermagem NANDA (1992) a comportamentos geralmente associada a depressão.

## **CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA**



## **2. Metodologia de pesquisa**

Este capítulo pretende apresentar a metodologia da investigação em estudo, tem como objetivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico utilizado no decorrer do trabalho. Nessa fase foi também necessária a elaboração do objetivo geral, objetivos específicos, a escolha do tipo de estudo e da abordagem pretendida, instrumentos de recolha de informações e determinação da população alvo.

Dessa forma para melhor entender o tema proposto fez-se uma pesquisa documental relacionada com o tema em estudo, em livros dispostos em diferentes Bibliotecas na ilha de São Vicente. Foram também realizadas pesquisas em artigos e revistas científicas dispostos em bases de dados da *internet* como a SCIELO e a RCAAP.

A metodologia tem uma enorme importância para a investigação científica, sendo que é através dela que se define quais os métodos que serão utilizados de forma sistemática no trabalho a fim de garantir resultados mais credíveis possíveis.

### **2.1. Tipo de estudo**

Esta investigação abarca um tipo de estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa. Segundo Fortin (1999, p. 164), “o estudo é descritivo quando o objetivo é descrever um fenómeno ainda mal conhecido”, no caso particular do nosso estudo, descrever o processo da assistência de Enfermagem as parturientes com depressão pós-parto no serviço de maternidade do hospital Dr. Baptista de Sousa.

O estudo é descritivo na medida em que pretende estudar, compreender e explicar uma situação atual, e é do tipo exploratória porque é desenvolvida com o intuito de proporcionar uma visão geral deste facto que tem um carácter preocupante para a nossa sociedade, especialmente porque é pouco explorado.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que visa explorar fenómenos e facilitam numa compreensão alargada dos fenómenos, com vista a elaboração de teorias. Atendendo aos objetivos estipulados para o presente estudo acredita-se que o desenho metodológico desenhado é o que mais se adequa ao presente trabalho.

## **2.2. Instrumentos de recolha de informações**

Para a realização deste estudo o método utilizado para a recolha de informações foi a entrevista semiestruturada. Escolheu-se a entrevista por ser um método mais adequado para as informações complementares mais precisas e explicativas e, ainda, dá a possibilidade de avaliar atitudes e reações dos entrevistados, disponibilizando assim, uma informação mais adequada.

Neste sentido, elaborou-se um guião de entrevista (apresentado em apêndice numero V) que foi aplicado aos enfermeiros da enfermaria da Maternidade do Hospital Baptista de Sousa.

Com este guião procura-se, obter dados que permitissem responder à questão de investigação de estudo. Com a realização da entrevista o investigador entre em contato com diversas informações o que ajuda na realização do seu trabalho permitindo uma análise detalhada.

É de realçar que as entrevistas foram realizadas nos meses de maio de 2017. Para realização das entrevistas, foi escolhido um ambiente calmo e arejado, para se poder ter maior qualidade na perceção das questões, proporcionar maior privacidade ao entrevistado e garantir maior capacidade de compreensão das perguntas.

## **2.3. População alvo**

A população escolhida para esta investigação são os enfermeiros do Serviço de Maternidade do HBS. Isso porque, constituem os primeiros profissionais a entrar em contacto com as puérperas, e porque servem de intermediário com os outros profissionais de saúde.

O público-alvo foi caracterizado com os seguintes aspetos: género, idade, habilitações literárias, tempo de atividade profissional em enfermagem e tempo de atividade profissional no serviço da maternidade. Na enfermaria da Maternidade trabalha 8 enfermeiros e duas enfermeiras voluntárias.

Os critérios de inclusão para escolha dos entrevistados foram, o tempo de serviço na enfermaria da Maternidade, com 5 ou mais anos de serviço nesse setor, e também disponibilidades dos enfermeiros para fornecer informações e perceções no âmbito da sua realidade profissional e ainda enfermeiros que trabalham por turno.



## **2.4. Campo empírico**

O Hospital Dr. Baptista de Sousa, adiante designado HBS, é um estabelecimento público de regime especial dotado de órgãos, serviços e património próprio de autonomia administrativa nos termos do decreto-lei nº 83\2005 de 19 de Dezembro, com sede na ilha de São Vicente, Cabo Verde.

O HBS é considerado como serviço de saúde de referência da região de Barlavento, com prestação de serviços diferenciados. Atende a comunidade regional com programas de extensão e atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatoriais hospitalar, de serviços complementares de diagnóstico e terapia. O HBS tem por objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o ensino e a investigação nos termos que vierem a ser convencionados.

O estudo foi realizado no serviço de Ginecologia/Obstetrícia maternidade do Hospital Dr. Batista de Sousa em São Vicente na cidade do Mindelo, sendo o único da ilha. Atende toda a população São-vicentina e ainda evacuações das outras ilhas de Cabo Verde. É dividido em três áreas de serviço, nomeadamente: Sala de Partos, neonatologia e enfermaria.

### **Sala de Partos**

A sala de partos é constituída por 2 salas de pré-parto com 3 camas em cada sala. 2 salas de parto, uma das quais equipada com uma marquesa multifuncional, mesa de reanimação com foco de luz, balança e calor radiante, armários com matérias de procedimento e injetáveis, 2 kits: uma de eclampsia e outra de hemorragia, a outra encontra-se equipada apenas com a marquesa e mesa de reanimação, e um armário com consumíveis. 1 sala de trabalho, 1 gabinete médico para atendimento de urgência e observação com 1 cama e uma marquesa para observação, 1 sala de ecografia, 1 sala de CTG e 1 sala de *stock*, 1 sala de armazenamento e 3 casas de banho.

### **Enfermaria**

A enfermaria tem 42 camas distribuídas em 6 salas, sendo 2 salas de puerpério com 20 camas em alojamento conjunto, 1 sala de ginecologia com 10 camas, 1 para gestantes de alto risco com 8 camas onde são internadas as grávidas com toxemia gravídica e outras patologias. 1 sala com 2 camas para infetados, 1 sala com 2 camas para cuidados

intermédios, 1 sala de trabalho onde se prepara a terapêutica com armários de medicamentos, 2 carrinhos 1 usado para a medicação e outra para higiene e armários com materiais para procedimentos vários, 1 lavatório. 1 sala de *stock*, 2 casas banho, sendo 1 para pacientes e outra para os funcionários, 1 copa, 1 gabinete do diretor do serviço, 1 quarto médico, 1 quarto de enfermagem, 1 quarto de ajudante de serviços gerais e 2 biombos.

### **Serviço de Neonatologia**

Os recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais e intermédios são internados no serviço da neonatologia. Onde existe 4 compartimentos, 3 desses com 3 incubadoras funcionais com lâmpadas de fototerapia e 1 compartimento de trabalho equipado com mesas de trabalho, 1 armário de medicamentos e 1 armário com materiais de procedimentos. Os recém-nascidos que não precisam de cuidados especiais ficam com a mãe no alojamento conjunto.

## **2.5. Procedimentos éticos**

A ética engloba o conjunto de atitudes considerados legais que devem ser tidos em conta ao longo da investigação, para salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes. É de extrema importância que se tenha em conta os direitos e a privacidade de todos os participantes nesse processo de investigação.

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização do HBS. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento à direção do HBS (apêndice nº I)

Após a autorização para recolha de informações dada pelo Superintendente de Enfermagem do HBS e da Enfermeira chefe da Maternidade, foi efetuado o contacto inicial com os enfermeiros na enfermaria da Maternidade explicando o objetivo geral da investigação solicitando a sua colaboração para, a participação nesse estudo.

Respeitou-se a identidade e a privacidade de todos os utentes inquiridos, sendo que em nenhum momento se revelou as suas identidades nem dados pessoais. As informações colhidas serão utilizadas apenas para o presente estudo, estando assim salvaguardado a sua privacidade e o compromisso de proceder à sua destruição após a conclusão do estudo.

## **CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA**

### 3. Apresentação e Análise dos Dados

Uma vez terminada a recolha de informações torna-se necessário organizar e tratá-las, este capítulo dedicar-se-á ao tratamento e análise dos dados obtidos, e posterior apresentação dos resultados encontrados.

Nesta fase e de inteira responsabilidade do investigador analisar as respostas obtidas através das entrevistas realizadas aos enfermeiros do serviço da Maternidade do HBS. Para cumprimento dos objetivos traçados elaborou-se um guião de entrevista a direcionado aos enfermeiros a fim de colher dados suficientes para dar respostas aos objetivos gerais e específicos. Com a responsabilidade de garantir o anonimato do entrevistado, recorreu-se a utilização de nomes fictícios: Enfermeiro 1, Enfermeiro 2, 3, 4, 5, 6 e Enfermeiro 7.

O guião de entrevista contém 7 questões de respostas simples, e para facilitar a compreensão e análise dos dados colhidos, entendeu-se que seria necessário organizá-los em categorias, por isso dividiu-se as entrevistas em duas categorias e em subcategorias:

Tabela 7  
Categorias e subcategorias do guião de entrevista

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Categoria 1- percepção do enfermeiro sobre o conceito de depressão pós parto nas suas várias vertentes	- Subcategoria 1- Conceitos -Subcategoria 2- Complicações da DPP
Categoria 2- assistência de enfermagem as parturientes com depressão pós parto	- Subcategoria 1- Recursos disponíveis -Subcategoria 2- Necessidades humanas afetadas -Subcategoria 3- Causas da DPP

Fonte: Elaboração própria

### 3.1. Análise e interpretação das categorias

#### **Categoria 1- Percepção do enfermeiro sobre o conceito de Depressão pós parto nas suas várias vertentes**

Neste capítulo pretende-se conhecer as percepções dos enfermeiros do serviço de Maternidade do HBS sobre a depressão pós-parto entendendo as suas dificuldades e também tentar da melhor forma aperfeiçoar seus conhecimentos sobre este problema que veem ganhando grande destaque por estar acometendo varias parturientes.

##### **Subcategoria 1- Conceitos**

Quando questionada sobre o que entendiam por DPP, conseguiu-se as seguintes respostas por parte dos enfermeiros da maternidade:

Enfermeiro 1 - *é um sentimento de choro/Desanimo e tristeza, devido a várias situações vividas pela parturiente, isto ocorre logo apos o parto. Quando a puérpera apresenta alterações do comportamento para com a sua própria pessoa, o bebe ou outras pessoas do seu meio.*

Enfermeiro 3 - *É quando uma mulher começa a ter sentimentos de melancolia, tristeza, frustração pós-parto. Ela se sente irritada, sem paciência e chora por qualquer coisa.*

Enfermeiro 5- *penso ser um conflito de sentimentos devido a nova situação que ela se encontra, mas apresentando um conceito mais científico pode-se dizer que é um transtorno psicológico que pode surgir logo apos o nascimento do bebe ou ate 6 meses apos o parto.*

Dessas respostas obtidas e de perceber que os enfermeiros do serviço da Maternidade conhecem bem o significado da DPP, pois falam sem problemas sobre esse facto e não apresentam nenhuma dificuldade em expor este tema. Com isto é de concluir que estes enfermeiros tem a bagagem suficiente para identificar uma parturiente com DPP.

Relativamente aos sinais e sintomas apresentada pelas parturientes e que os leva a ficar em alerta de uma possível DPP, e as respostas obtidas foram as seguintes:

Enfermeiro 2- *são de tristeza, desespero, alterações de humor, crises de choro apos o parto e ansiedade.*

Enfermeiro 3- *medo de machucar o bebe, sentimento de incompetência, ansiedade aumentada, cansaço e falta de energia, distúrbio do sono, distúrbio da alimentação, tristeza, culpa, vontade de chorar sem motivos aparentes.*

Enfermeiro 4- *isolamento, irritabilidade, insónia, falta de paciência, frustração.*

As perceções dos enfermeiros não fogem muito do que os autores veem como sintomas da DPP, os enfermeiros estão na linha de pensamento com que os autores já acima referenciaram no enquadramento teórico. São os enfermeiros que passam mais tempo com essas utentes por isso tem que estar em alerta para com os sintomas apresentados pelas parturientes. Sendo assim pode-se perceber que os principais sinais e sintomas apresentado pelas parturientes são isolamento, irritabilidade, insónia, falta de paciência, frustração, tristeza, desespero, ansiedade, crises de choro, medo de machucar o bebe, sentimento de incompetência, cansaço e falta de energia, distúrbios na alimentação. Todos os enfermeiros partilharam das mesmas respostas E1, E2 ate E7.

Procurou-se perceber se as grávidas que dão entrada no serviço da maternidade para realização do parto se fazem uma preparação psicológica a fim de prepara-las para o parto, sendo que este é um momento desconhecido para a maioria delas, obtivemos a seguinte resposta:

Enfermeiro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7- *Não.*

Todas as respostas que obtivemos são iguais, não fazem nenhuma preparação psicológica as grávidas que dão entrada no serviço da maternidade do HBS, mesmo que estas já tenham passado pelos centros de saúde e de grande importância que neste serviço também as preparem para o desconhecido, porque este grande momento na vida de uma mulher pode também se tornar um pior momento na sua vida.

Nesta fase é o enfermeiro que recebe a grávida para a encaminhar a sala de parto, por isso torna-se importante o enfermeiro comunicar-se com a utente, ganhando a sua confiança e deixando-a relaxada e a vontade, para que com isso ela possa entrar já com uma visão do que a espera.

### **Subcategoria 2- Complicações da DPP**

Relativamente as principais complicações da DPP observadas nas parturientes internadas no serviço da maternidade as respostas obtidas indicam que:

Enfermeiro 2 - *Negar a amamentação.*

Enfermeiro 4 - *não amamentar a criança, recusar-se a tomar banho, não aceitar a criança principalmente nos casos de mal formação congénita.*

Enfermeiro 5 - *extrema agitação ou inquietação, alucinações que podem ser visuais ou auditivas, pensamentos delirantes que não se baseiam na realidade, pensamento extremamente confuso e desorganizado aumentando o risco de prejudicar o bebe ou a si mesma ou a qualquer outra pessoa, sentir-se desconectada com seu bebe e com as pessoas em seu redor.*

Enfermeiro 7 - *não tive a oportunidade para observar uma complicação da DPP.*

Nem todas as enfermeiras entrevistadas conseguira ter a oportunidade de assistir uma parturiente a ter complicações da DPP, e das que estavam presentes relataram as principais complicações vividas pelas mães após o nascimento do bebe.

Estes sintomas apresentados por alguns enfermeiros fazem sentido de acordo com os autores citados, por isso é de realçar que qualquer sintoma estranho que a parturiente apresente não é de se descartar mesmo que não seja de muita importância pode considerar um sinal de alerta.

Posto isto pode-se observar que nesta categoria os enfermeiros conseguiram dar todas as respostas da melhor maneira possível e sem nenhum inconveniente.

## **Categoria 2 - Intervenções gerais de enfermagem as parturientes com Depressão pós-parto.**

Nesta categoria abrangeu-se tudo o que diz respeito aos cuidados e procedimentos de enfermagem para com as parturientes com DPP. Numa primeira questão deste grupo pretende-se conhecer e entender quais os procedimentos de enfermagem a serem realizadas a uma parturiente com o intuito de prevenir a DPP:

Enfermeiro 1- *Influenciar os familiares a darem atenção não só para o recém-nascido, mas também para a parturiente. Estar atenta ao comportamento da parturiente, apoiar na amamentação, influenciar o contacto com outras pessoas mesmo com outras parturientes para partilhares as suas experiencia, fazer ensino sobre a amamentação, da importância do contacto mãe e filho.*

Enfermeiro 4- *uma boa recepção da parte do enfermeiro deixando-a a vontade, mostra-la que o espaço é dela enquanto estiver neste serviço, facilitar a permanência de familiares principalmente os com maior afinidade com a parturiente.*

Enfermeiro 6- *conversar sempre com a parturiente, estar atentos a qualquer comportamento anormal, e manter o médico sempre informado.*

Dos procedimentos relatados pelos enfermeiros entrevistados são de grande relevância para a prevenção de uma futura DPP por parte das parturientes. E de concluir-se que os enfermeiros estão bem informados do que devem fazer para prevenir a DPP.

Pretendeu-se conhecer quais os cuidados de enfermagem prestadas as parturientes com DPP, e as respostas colhidas foram as seguintes:

Enfermeiro 3- *manter o diálogo com a parturiente, tentar fazê-la interagir com outras parturientes e não isolar-se, auxiliá-la para que possa repousar, alimentar-se, fazer sua higiene, e mantê-la num local com pouca perturbação.*

Enfermeiro 4- *apoio psicológico, conversar e observar o seu comportamento.*

Enfermeiro 7- *apoio psicológico ajudar a cuidar do bebê, proporcionar repouso a puérpera, estar atenta a qualquer sinal e sintoma de DPP, e caso houver suspeita tem-se que tratá-la como uma emergência para que este caso não se complique.*

Sendo este um problema preocupante para a saúde da puérpera deve-se ter todo cuidado para que esta não desenvolva uma DPP, no que cabe ao pessoal de enfermagem eles tem que fazer melhorando assim a saúde da mulher.

No que se pôde observar no serviço da maternidade é que aí existem épocas que tem muitas parturientes e os enfermeiros não conseguem dar apoio a todas, passando muito pouco tempo com elas, dificultando assim a interação entre a mãe e o enfermeiro.

Nesta fase as puérperas estão vulneráveis, porque muitas não sabem lidar com esta fase da sua vida, umas por serem menores de idade, outras por não estarem preparadas para serem mães, por vezes os bebês nascem com mal formação e elas não os aceitam como eles são, tudo isto acaba desenvolvendo uma carga psicológica para esta puérpera, e o enfermeiro tem que estar presente para apoiar esta mãe tirando-a todas as dúvidas que houver.



### **Subcategoria 1- Recursos disponíveis**

Procurou-se também saber na opinião dos enfermeiros se os recursos disponíveis no serviço da maternidade são adequados e suficientes para acompanhar uma parturiente com DPP, e obtivemos os seguintes pareceres:

Enfermeiro 3 - *Sim, porque no nosso serviço temos psicólogos para acompanharem as parturientes que apresentam fatores de risco para desencadear uma DPP, facilidade para os familiares mais próximos visitarem a mãe e o bebê, acompanhamento por 24 horas pelo enfermeiro, tem-se sempre a presença de um médico no serviço.*

Enfermeiro 6 - *não, para evitar um quadro de DPP, necessitaríamos de uma equipe multidisciplinar para facilitar o diagnóstico precoce e otimizar o tempo para que juntos possamos evitar o agravamento do quadro.*

Enfermeiro 7 - *não são adequados porque visto que há falta de recurso material e humana.*

Neste ponto aqui a controvérsias entre os enfermeiros, porque uns alegam que tem recursos suficientes e outros alegam que não tem, e pelo que se pode observar no serviço da maternidade não responde de forma positiva as necessidades de uma parturiente com DPP, porque não existe uma equipe responsável para fazer uma detenção precoce de casos de DPP, os enfermeiros não tem formação para lidar com parturientes com DPP, é um local muito barulhento devido ao choro dos bebês e também a muita circulação de pessoas.

No que se refere as dificuldades sentidas colocadas aos enfermeiros foi para conhecer as principais dificuldades sentidas a quando da prestação de cuidados a parturiente com DPP:

Enfermeiro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7- *falta de mais pessoal de enfermagem e recursos materiais.*

Sobre esse aspeto constatou-se que todos foram para a mesma linha de raciocínio, porque devido a pouca mão-de-obra por parte dos enfermeiros não se consegue responder as necessidades de todas as mulheres internadas neste serviço.

### **Subcategoria 2 - Necessidades humanas afetadas**

Sendo que os enfermeiros são os que passam a maior parte do tempo com as utentes, procurou-se saber também quais as principais necessidades humanas afetadas

nestas Parturientes internadas na maternidade com DPP, e as respostas obtidas foram as seguintes:

Enfermeiro 1,2,3,4,5,6,7- *o sono- repouso e a alimentação, higiene corporal, comunicação, comer e beber, divertir-se, vestir e despir-se.*

Todos os enfermeiros conhecem as necessidades humanas mais afetadas pelas parturientes com DPP, porque neste serviço já lidaram com este tipo de problemas. Contudo destaque-se que estes enfermeiros não têm nenhuma formação para lidar com este tipo de problema, dificultando assim a prevenção e tratamento deste problema.

Um outro papel importante para o enfermeiro é a preparação para a alta hospitalar da paciente que teve DPP, por isso perguntou-se quais os cuidados de enfermagem que são prestados durante a alta hospitalar destas parturientes:

Enfermeiro 2 - *fazer ensino para saúde e aconselhar a procurar um especialista.*

Enfermeiro 3 - *diálogo e encaminhamento.*

Enfermeiro 5 - *nestes casos é muito importante o ensino, mostrar a importância do acompanhamento psicológico pós-alta, mostrar aos familiares que a puérpera deve ser influenciada a cuidar do recém-nascido, a amamenta-lo, mas de preferência sempre com alguém por perto.*

Uma puérpera que já começa a desenvolver um fator de risco para a DPP tem que ter um acompanhamento depois da alta hospitalar visto que pode agravar o caso, e cabe ao enfermeiro fazer educação para a saúde da mãe e do bebe para quês estes estejam livres de algum problema que venha a surgir, e nesta fase também os familiares são de extrema importância para garantir o bem-estar da puérpera e o seu filho.

De acordo com as respostas obtidas é importante referir que as participantes frisaram as suas perceções em relação a questão, o que mostra mais uma vez a importância do conhecimento dos fatores que podem apresentar riscos para a DPP nas gestantes, podendo assim cuidar no sentido de prevenção. É por isso que é muito importante o enfermeiro se comunique com a puérpera criando assim um laço de confiança. A DPP pode acometer qualquer faixa etária, mas segundo os enfermeiros da maternidade existe uma faixa etária dominante:

Enfermeiro 1- *aparece alguns casos de DPP, e durante todos estes anos de serviço a faixa dominante de puérperas que passaram por este serviço eram na maioria jovens e adolescente.*

Muitas vezes estas mulheres não estão preparadas para uma gravidez e fazem de tudo para interromperem a gravidez casos de tentativas falhadas este bebé passa a parecer como um problema na vida desta mulher, existe também casos em que as grávidas são muito jovens e acabam por não saber lidar com esta situação, pode acontecer casos também que até mesmo durante a gravidez a mãe esteja muito feliz com a criança e quando ela nasce esta puérpera não consegue lidar com uma criança devido a vários motivos e o medo é um deles.

### **Subcategoria 3 - Causas da DPP**

É importante saber também as principais causas que levam as parturientes a DPP, por este facto perguntou-se aos enfermeiros as causas mais frequentes que levam uma parturiente a DPP observadas no serviço da Maternidade e a maioria respondeu o seguinte:

Enfermeiro 2 - *principal causa é quando a mulher tem baixa escolaridade, é desempregada e por vezes a mal formação do feto, elas não aceitam o facto de a criança ter um problema.*

Enfermeiro 4 - *ela resulta da combinação de vários fatores, mudanças hormonais durante e após a gravidez, dúvidas acerca das capacidades de ser boa mãe, stress devido a mudança de rotina diária, falta de tempo livre, mudanças físicas durante a gravidez, histórico de DPP nos partos anteriores, falta de apoio por parte do companheiro ou mesmo da família e amigos, problemas económicos, gravidez na adolescência, abuso de substâncias como por exemplo drogas e álcool, problemas conjugais, negação da paternidade, etc.*

São várias as causas que podem levar a uma DPP em que algumas delas são desconhecidas, por isso que é muito importante conhecer a parturiente para esclarecer dúvidas e apoiá-las. Teve-se uma grande dificuldade em obter dados que validavam este problema, porque tem vindo a aparecer vários casos de DPP segundo os enfermeiros da maternidade, mas não se conseguiu obter dados para tal. Por este facto perguntou-se aos enfermeiros se fazem os registos de todas as mulheres que entram em DPP neste serviço:

Enfermeiro 1,2,3,4,5,6,7- *Não efetivamente.*

Devidos a este facto não se conseguiu obter os dados das utentes que tiveram DPP, sendo um caso preocupante para esta enfermagem porque é de grande relevância

registrar todos os casos de DPP. É de referir ainda que a escassez dos dados estáticos acaba por mascarar a problemática e dificultar a atuação do enfermeiro.

### **3.2. Discussão dos resultados**

Após o tratamento e análise detalhada dos dados recolhidos é necessário a discussão dos resultados, visando a explicação e compreensão dos dados, avaliando se os objetivos gerais e específicos foram atingidos.

Segundo as respostas obtidas das entrevistas efetuadas pode-se observar que os enfermeiros sabem identificar uma DPP porque conhecem os fatores de risco, sabem as principais causas que levam uma parturiente a desencadear uma DPP. Mas os recursos humanos e materiais que o serviço dispõe não são suficientes para que se possa dar respostas positivas as mulheres que tenham DPP. Neste serviço a deficiente demanda de enfermeiros é uma das causas para o qual o enfermeiro não consegue estar mais presente durante o internamento da parturiente, sendo assim não se consegue fazer um rastreio precoce de algum fator de risco para desencadear uma DPP.

Durante as entrevistas foram identificadas algumas das principais intervenções de enfermagem efetuadas numa parturiente com DPP, em que notou-se alguma dificuldade por parte dos enfermeiros em responder a esta pergunta.

A assistência de enfermagem é muito importante para as Parturientes, porque a maioria delas pode ser o seu primeiro parto em que nesta fase surgem várias duvidas e medos, que por vezes uma palavra do enfermeiro pode ajudar muito nesta fase, e das parturientes que tiveram um parto difícil em que a criança teve mal formação congénita o apoio de enfermagem é de grande relevância sendo que é difícil para a mãe aceita-lo e vai surgir varias preocupações.

Este serviço é amplo e exige uma maior mão-de-obra por parte dos enfermeiros, neste serviço, ao menos três enfermeiros por cada turno para melhor dar respostas as necessidades humanas das parturientes.

Todos os enfermeiros deste serviço concordaram que não fazem preparação psicológica antes do parto, algo de grande relevância para a futura mãe podendo assim diminuir a DPP.

No que cabe ao espaço físico da maternidade é de se expor que é um local arejado e iluminado, mas muito barulhento não proporcionando o descanso da parturiente e do seu

bebe, por isso tem-se que zelar para melhorar o conforto dela intervindo para melhorar a sua qualidade de vida, promovendo conforto e bem-estar, melhorando os cuidados prestados e diminuindo os riscos a que a mulher e o feto são expostos assim como a prevenção de uma DPP.

Fazendo uma avaliação sobre o cumprimento dos objetivos propostos para este estudo pode-se afirmar que todos os objetivos traçados foram alcançados da melhor forma tendo por base a pesquisa bibliográfica feita e os resultados obtidos durante a pesquisa no campo empírico.

No que cabe ao objetivo geral “verificar a assistência de enfermagem prestadas as parturientes com DPP internadas no serviço da Maternidade do HBS”, conseguiu-se identificar os procedimentos efetuados nos casos de DPP mas, nem todos os enfermeiros conseguiram expor estes cuidados, porque alguns deles não tiveram a oportunidades de conviver com uma parturiente com DPP, mas as que conviveram relataram os procedimentos efetuados.

É de grande importância o suporte dos familiares nesta fase sendo que a parturiente pode se sentir fragilizada, se sentindo feia não se adaptando as mudanças da sua vida, por isso tem-se que instruir os familiares a darem atenção a esta mãe e ajuda-la em tudo que for necessário. O acompanhamento psicológico por parte de um psicólogo faz-se importante para diminuir o impacto deste problema na vida da mãe e do bebe.

Este objetivo foi cumprido na sua totalidade, porque durante o levantamento bibliográfico ficou claro que a assistência de enfermagem às parturientes com DPP é de grande importância porque o enfermeiro é o profissional que trabalha com a parturiente em todas as suas esferas, principalmente a vertente educação para a saúde, no sentido de prevenir a infecção ou uma reinfeção, é o enfermeiro o responsável pela saúde e bem-estar da gestante quer quando se encontra na sua comunidade como quando se encontra hospitalizada.

Dos três objetivos específicos elaborado também foram alcançados, o primeiro objetivo traçado foi: “identificar as necessidades humanas fundamentais afetadas nas parturientes com DPP”.

Com este objetivo específico conseguiu-se identificar as necessidades humanas afetadas pelas parturientes com DPP, em que a comunicação é uma das primeiras necessidades mais afetadas dificultando assim a aproximação do enfermeiro com a mãe.

Nesta fase a autoestima da parturiente esta baixa deixando-a vulnerável sem vontade de comer, fazer sua higiene diária e conviver com pessoas, pondo em risco também a saúde do bebe.

O segundo objetivo especifico traçado foi: “identificar os cuidados de enfermagens prestados as parturientes internadas no serviço da Maternidade com DPP”.

Este objetivo também foi traçado na sua totalidade conseguindo identificar através da visão dos enfermeiros algumas dos procedimentos de enfermagem efetuados as parturientes com DPP, mas nem todos os enfermeiros conseguiram responder da melhor forma porque alguns nunca presenciaram uma parturiente com DPP. De entre as intervenções destacam-se: Influenciar os familiares a darem atenção não só para o recém-nascido mas também para a parturiente, estar atenta ao comportamento da parturiente, apoiar na amamentação, influenciar o contacto com outras pessoas mesmo com outras parturientes para partilharem as suas experiencia, fazer ensino sobre a amamentação, da importância do contacto mãe e filho, uma boa receção da parte do enfermeiro deixando-a a vontade, mostra-la que o espaço é dela enquanto estiver neste serviço, facilitar a permanência de familiares principalmente os com maior afinidade com a parturiente, conversar sempre com a parturiente, estar atentos a qualquer comportamento anormal, e manter o médico sempre informado.

O terceiro objetivo traçado é o seguinte: “verificar os recursos disponíveis no serviço da maternidade que proporcionam uma melhor prestação de cuidados as parturientes internadas com DPP”. Este objetivo também foi traçado, conseguiu-se observar que este serviço não dispõe de recursos materiais e nem humanos para dar respostas positivas as parturientes que desencadeia uma DPP. Notou-se que há falta de enfermeiros suficientes porque o número de enfermeiros que existe na maternidade não consegue responder a todas as necessidades humanas afetadas das parturientes com DPP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta fase o objetivo pretendido é uma breve reflexão acerca do tema retratado, dados obtidos e observações efetuadas. As transformações ocorridas na área da saúde, a introdução de tecnologias cada vez mais sofisticadas e o desenvolvimento de novas técnicas têm gerado inúmeros ganhos aos sistemas de saúde. No que se pode observar com o enquadramento teórico e com as entrevistas feitas é que os enfermeiros do HBS não estão seguindo as evoluções ocorridas na área de saúde em relação a DPP.

Dentro de um contexto multifatorial, notamos que as questões que contribuem para o desenvolvimento da doença são essencialmente psicossociais, embora haja a presença também de fatores biológicos e sociais. Acredita-se que a causa etiológica, ou seja, que desencadeia a doença, esteja relacionada com as variações hormonais que ocorrem nesse período, embora não haja nenhuma comprovação, isto de acordo com os autores citados.

Com a investigação comprovou-se que existe um leque de fatores de risco que contribuem para uma DPP, e que representam um desafio para a enfermagem moderna que poderá ter um papel mais ativo na prevenção e no controlo da mesma. Uma avaliação completa, sistemática e regular ao longo do tempo que a puérpera esteja internada poderá ser essencial para o delineamento de intervenções de enfermagem eficientes e eficazes que previnam ou minimizam o risco de desenvolvimento de uma DPP.

A dificuldade da deteção precoce está relacionada á semelhança existente entre os primeiros sintomas da DPP e do período de ajustamento emocional após o parto, que podem ser confundidos pelos profissionais de saúde, a falta de um vínculo dos profissionais com a puérpera também contribui para essa dificuldade.

A terapêutica realizada para a DPP é basicamente a mesma utilizada na depressão que não tem relação com o pós-parto, sendo feita através de antidepressivos e psicoterapias. A grande preocupação encontra-se relacionada ao uso de antidepressivos e a amamentação, pois não há uma confirmação que estabelece qual é o melhor antidepressivo a ser utilizado.

No decorrer dessa investigação foram encontrados muitos obstáculos que foram ultrapassados com sucesso. Um dos obstáculos encontrados foi a existência de sistemas de registos pouco desenvolvidos no HBS que possibilitassem o acesso a registos necessários para este estudo.

Em relação aos dados bibliográficos encontrados, percebemos a falta do aprofundamento científico dessa temática, principalmente em artigos em português e da Enfermagem.

A Enfermagem dentro de seus âmbitos profissionais, poderia estar contribuindo muito para a prevenção, orientação, e detecção precoce da DPP, refletindo sobre a qualidade prestada a mulher no período gravídico e pós-parto. Portanto dentro do contexto da depressão pós-parto, vê-se a necessidade de que novos estudos sejam realizado abordando essa temática e o papel da Enfermagem. O período puerperal é uma fase de grande importância e que exige cuidados especiais à mulher. É marcado pela experiência de gerar, parir, cuidar e por várias alterações físicas e emocionais. Esta é uma fase que exige grande capacidade de adaptação da mulher, e requer atenção e acompanhamento contínuo da família e dos profissionais da saúde.

Nesta fase, importa ainda referir que todos os objetivos traçados foram alcançados com sucesso, independentemente da falta de dados em relação a DPP, mas os enfermeiros conseguiram nos dar as respostas precisas em relação ao tema.

## **Propostas**

Apos a pesquisa realizada, tendo em consideração as fragilidades antes, durante e depois pós-parto no que diz respeito a depressão pós-parto sugere-se as seguintes propostas:

- É necessário que sejam desenvolvidas investigações futuras relacionadas com o mesmo tema e/ou problemática.
- Desenvolver uma base de dados para registrar os casos de DPP que aparecem no serviço da maternidade de modo a traduzir a real situação da prevalência e incidência da DPP.
- Capacitar os enfermeiros para que possam acompanhar as puérperas com DPP durante o período de internamento.
- Fazer educação para a saúde no pré-natal e no pós-parto.
- Criar um protocolo de atendimento as mães com DPP de modo a uniformizar a assistência prestadas as puérperas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre,J.,(2013). Evolução da gravidez após a utilização dos novos inibidores da recaptação seletiva da serotonina pela mãe. JAMA Brasil,
- Alves,E., Busgaib,F., Costa, B.,(2010) Subjetividade e Complexidade social: contribuições ao estudo da depressão. Physis: Revista de Saúde Coletiva,
- Berreta, P.N.,(2008) Psicopatologia: uma abordagem integrada. (R. Galman, trad., F. B. Assumpção Jr., rev.técnica) . São Paulo: CengageLearning.
- Boris, M.G.,(2009) Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: A community based case-control study from South India. Archives of Disease of Childhood, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf>. Acesso 24 jan.
- Cantilino, F. V., (2010). Escutar é preciso, diagnosticar não é preciso. Belo Horizonte: *Reverso*, 29(54):99-108. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952007000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952007000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso 23 jan.
- Carnes, N., (2000), Prediction of depression in the postpartum period: A longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. Journal Affect Disord. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>.
- Coutinho, M., (2003). Vocabulário de psicanálise (9a ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-210020100003000166>. Acesso em 03.fev
- *do Sul*, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 2, p. 165-176, maio/ago., 2005. Disponível em:
- e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-827120050001000088>. Acesso em 01.fev .
- Fonseca, D. Z., (2009). Mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces, Porto Alegre, Artes Médicas,
- Fonseca, K. N., (2009). A importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicol Clin.* Disponível em: <http://docs.mak.ac.ug/sites/default/files/2011063003491135.pdf>. Acesso 30 Jan

- Fonseca, P. L., Silva R. R., OttaX.O., (2010). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza US. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05\\_0050\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf). Acessado em 20 jan 2008.
- Fonseca, T.Y., TavaresI. K., Rodrigues, G. G., (2009). Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto: Rev Neuropsiquiatr Infânc e Adoles.*
- Gomes, B. Z., (2010). Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de atenção básica. Coordenação geral de saúde mental coordenação de gestão da atenção básica. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em 20 jan.
- Gonçalves e Machado (2008, p.124 Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Rio de Janeiro, *J Pediatr*, 78(5):359-66. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572002000500004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572002000500004&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em 27 jan.
- Higuti, N.J., Capocci, M., (2003). Prospective study of the psychiatric disorders of child birth. *British J Psychiatry*. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_11.pdf). Acesso 12 Maio.
- Higuti, S. F., Capocci, Y. Z., (2003). Gender differences and their relation to maternal depression. Em S. Johnson, A. Hayes, T. Field, N. Schneiderman & P. McCabe (Eds.). *Stress, coping and depression*. London: Lawrence.
- <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000200007>. Acesso em 05.jan.
- Iaconelli, R. G., (2005). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev. Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 5 n. 2.
- Ibiapina, V. L.,(2010),” depressão materna e suas vicissitudes. *Psychê, São Paulo*, v.10, n.19, p. 95-108, set/dez, 2006.
- Kaplan, V., Sadock G. K.,(2009), *Early Withdrawal From Mental Health Treatment: Implications For Psychotherapy Practice*. National Institute of Health. Psychotherapy,

- Lara, M., (2004). Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPES) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,
- Lara, N. K., (2004). Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. Associação Psicanalítica Curitiba.
- M. Langer, Maternidade e sexo, Porto Alegre, Artes Médicas
- mãe-bebê. Disponível em: <http://www.algosobre.com.br/psicologia/depressao-posparto-fator-prejudicial-no-vinculo-mae-bebe.html>. Acesso em 18.12.2012.
- Mehtae, S.F., Sheth, Q., (2006). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas
- Moraes, L., (2006). A Preocupação Materna Primária”, in Da Pediatria à Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago.
- Morais, B. C., (2012) Depressão pós-parto e violência doméstica em puérperas da área de abrangência da unidade de saúde da família (usf) no município de porto velho-ro. Disponível em: <https://agmkt.files.wordpress.com/2010/03/o-que-e-estudo-de-caso.pdf>. Acesso 18 jan.
- Morais, K.M., (2010). Psicoterápicos mãe-bebê. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Morais, R., (2012). na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Morais, (2002, p.1168), Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo as interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-416, jun., 2010.
- Nascimento, M. N., (2003). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico USF.
- Nogueira, H. M., (2013). Bebês/ Mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces, Porto Alegre, Artes Médicas.
- OMS, (2003), organização Mundial da Saúde relatório global sobre A Depressão pós-parto e saúde. Genebra. Suíça
- Pawar, S. M., (2011). Antidepressant pharmacotherapy: Economic evolution of fluoxetine, paroxetine and sertraline in a health maintenance organization. J Int

Med Res, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a20.pdf>. Acesso 30 jan.

- Reading Q.H., Reynolds, C.L., (2001). Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes,
- revisão de literatura. *CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 6.
- Ribeiro, G.L., e Andrade, K.L., (2009). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry*. Inglaterra.
- Ruschi , H. K., (2009) Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. Em L. Murray & P. J. Cooper. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford.
- Ryan, U. I., (2005). Conceito de doença mental. Rio de Janeiro: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12103466>>. Acesso em 17 set.
- Santos, Z.X., e Júnior, L. N. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*,
- Santos, I. M., (2009) Pesquisa com famílias: questões teórico-metodológicas e a importância de contextualizar os processos de investigação. Artigo submetido à avaliação. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000500004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000500004&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em 27 set .
- Schmidt, A., Piccoloto, O., Miller, K., C., (2015). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Prática*.
- Schwengber, M. M., Piccinini., (2003). As Erínias de uma mãe: ensaio sobre o ódio, São Paulo, Ed Escuta.
- Sebmidt, F., (2005, p.77) Depressão pós-parto: Fator prejudicial no vínculo
- Sebmidt, J., Piccloto, G.V., Muller, S., (2005) Depressão pós-parto: fatores de risco
- Silva , V.,Otta U., (2010, p.68) *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília.*, Conselho Nacional de Saúde Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200015>.
- Silva, H. B., Botti (2005). Prevalence and underrecognition of dysthymia among psychiatric outpatients in São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders*, Disponível em<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12103466>>. Acessado em 17 jan.

- Stewart, W., (2000) Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna:
- Tavares, N., (2003). Tratado de Psiquiatria. 6ª. ed. Porto Alegre: Artmed;
- Townsend, A., (2009) Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tsunechiro, B., (2002). Pais/ Bebê: a formação do apego, Porto Alegre, Artes Médicas,
- um problema latente. Revista *Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 516-524,
- Veloso, A.D., e Sousa, L., (2003). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf>. Acesso 12 fev.
- Veloso, T., Sousa L. Z.,(2003). Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora.
- Veloso, J.,(2005). Depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo casual. Neuropsiquiatria Chilena. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso 30 jan.
- Veloso, L. W., Sousa, E., (2003) GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto:
- Vitolo, B.P., (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). Manual de Prevenção do Suicídio. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações
- Wilkinson, J. Z., (2003). Group treatment for postpartum depression: A pilot study. Aust N Z J Psychiatry, Inglaterra.
- Zanotti, H.L., (2003) Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande*
- Zing, G. N., (2005), Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.

- Silva, X., (2003). Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em 14 nov
- Konradt, L.L., (2011). Transtornos mentais comuns na prática clínica. São Paulo: Rev. Med.,
- Camacho, (2006). Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde
- Felix, R.P., (2008) *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.slab.uff.br/textos/texto82.pdf>>. Acesso em 18jan.
- Alfaia, Q. J., Guimarães I.D., Rodrigues. P. P., (2016, p.23) Depressão materna e saúde mental de
- escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 178-186, nov./dez., 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000500002>. Acesso em 08 Dez.

- Santos, M., (2009). Depressão na infância: um estudo exploratório. Maringá: *Psicologia em Estudo*, 10(2):181-89. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000200004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em 21 set 2010.
- Lopes e Menezes., (2012, p.76) Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo,
  - Guedes, A. L., (2011). Psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. psiquiatr. clín.*,. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200009&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200009&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acessado em 1.
  - Figueiras, Y., (2009). Depressão e Neoliberalismo: Constituição da Saúde Mental na Atualidade. *Psicologia Ciência e Profissão*,
  - Valença, B.L., Germano, J.L., (2010). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*, 43
  - Sales, P.M., Cavalcante, C.B., Feitosa, Q. Z., (2008). *Protocolo de Tratamiento de personas con depresión*. – 1ª ed. - Santiago: Ministerio de Salud. Serie Guias
  - Sobreira, G.D., ( 2012) Depression and public health an overview. *Journal of Psychosomatic Research*.. Disponível em <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/psr/article/PIIS0022399902003045>. Acesso em 20 jan.
  - Tavares, H., (2003) A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Cadernos CRH*,
  - Fonseca, O.S., (2009). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *Eur. J. Psychiat*
  - Rocha, Y. Q., (2013) Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev. Psiq. Clín.*,
  - Ribeiro, W. F., Andrade,P.J., (2009). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*,
  - Berreta, L., (2008). Understanding Depression across Cultures. In I.H. Gotlib & C. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* - New York: Guilford Press,

- Veloso, O.M., (2003) Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 31(1):18-25. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 05 set 2010.
- Zagoneli, T.V., (2003). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *RevPortClin Geral*, 25:
- Tomey (2002) Virgínia Henderson definição de enfermagem in A.M.Tomey E.M.R. Alligood, Teorias de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teóricas de enfermagem, edição5. louvres Lusociência.
- Fortin, M., (1999). Processo de investigação. Da concepção a realização. Loures. Lusociência.
- NANDA, Marie, M.L.N., Telma, R. G., (1992). Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem NANDA: Sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa.



**Apêndices I – Termo de aceitação do tema para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso.**



**UNIVERSIDADE DO MINDELO**

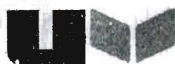
*Sapientia Ars Vivendi*

**TERMO DE ACEITAÇÃO DO TEMA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

Eu, Ana Rames Baptista  
Aluno N.º 2949 do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da  
UNIVERSIDADE DO MINDELO, declaro que aceito desenvolver o meu Trabalho de  
Conclusão do Curso (TCC), com o Tema:  
Assistência de enfermagem o parturiente  
com depressão pós-parto no serviço  
Maternidade HBS, de acordo com os Regulamentos e com as Normas  
vigentes na UNIVERSIDADE DO MINDELO, comprometendo a entregar o referido  
trabalho em 3 (três) exemplares e um CD/DVD, no prazo fixado pelo Conselho  
Científico do DEPARTAMENTO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE.  
Proponho ainda que seja designado como meu Orientador o Sr.:  
Suely Helena Lima dos Reis  
Licenciado/Mestre/Doutor em: Enfermagem

Mindelo, 05 de Janeiro de 2017

Baptista  
(O Aluno)



**UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
**Aceitação da Orientação**

Suely H. Lima dos Reis  
(O Orientador)

## Apendice II - Requerimento

*Assunto*  
*8/11/17*

*Deve ser recolhida pelo hiperintendente de Enfermagem. 13/4/2017*

Exma. Senhora Directora do Hospital Baptista de Sousa

São Vicente

Mindelo, 15 de Março de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Ana Baptista, aluna nº 2949 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Intervenções de enfermagem as parturientes com Depressão pós-parto.

O referido trabalho tem como objectivo geral Identificar se os cuidados de enfermagem prestados as parturientes internadas no serviço de **Maternidade** do Hospital Baptista de Sousa com depressão pós parto satisfazem as suas necessidades afectadas.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros da maternidade do Hospital Baptista de Sousa.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

*TC*  
*23/5/17*

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

*Não há inconvenientes desde que sejam respeitados os preceitos éticos*

A requerente,

Ana Baptista

*Ana Ramos Baptista*

9849566

*9849566*  
*06/04/17*

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 382 - 13/04/17
O Funcionário
<i>Elise Soares Oliveira</i>

## Apêndice II – Requerimento HRSN

*Os dados disponíveis no momento estão no  
fase de avaliação e pelo número reduzido de  
serviços para o futuro que se propõe*

Exma. Senhora Diretora do Hospital Regional Santiago Norte

Santiago: Santa Rita

Mindelo, 15 de Março de 2017



Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Ana Baptista, aluna nº 2949 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema “Intervenções de enfermagem as parturientes com Depressão pós-parto.

O referido trabalho tem como objectivo geral Identificar se os cuidados de enfermagens prestados as parturientes internadas no serviço de Maternidade do Hospital Regional Santiago Norte com depressão pós parto satisfazem as suas necessidades afectadas.

Nesse sentido vêm-se pôr este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros da maternidade do Hospital Regional Santiago Norte

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

A requerente,

Ana Baptista

---

## Apêndice IV- Terno de Consentimento Livre e Esclarecimento

### TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna Ana Baptista, nº 2949 pretende realizar um estudo intitulado *Intervenção de Enfermagem a parturientes com Depressão Pós Parto*. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá identificar se os cuidados de enfermagens prestados as parturientes internadas no serviço de Maternidade do Hospital Baptista de Sousa com depressão pós parto satisfazem as suas necessidades afetadas.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação. Caso tenha dúvidas contacta número de telemóvel 9849566 ou eletrónico [ana.baptista.enfmail.com](mailto:ana.baptista.enfmail.com)

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017

Assinatura do (a) participante

---

## Apêndice V - Guião de entrevista

### Caracterização geral

Sexo: Feminino\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_anos

Tempo de trabalho:\_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no serviço de maternidade: \_\_\_\_\_

1- O que entendes por depressão pós-parto (DPP)?

R: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- Quais são os primeiros sinais que a parturiente apresenta que vos leva a ficar em alerta de uma possível DPP?

R: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Sempre que uma grávida da entrada neste serviço para a realização do parto fazem uma preparação psicológica a fim de prepara-la para o parto?

R: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- Quais são os procedimentos de enfermagem a serem realizadas a uma parturiente com o intuito prevenir a DPP?

R: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5- Quais as principais complicações da DPP observadas nas parturientes internadas no serviço?

R: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6- Quais são os cuidados de enfermagem prestadas as parturientes com DPP?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7- Na sua opinião os recursos disponíveis no serviço de Maternidades são adequados e suficientes para acompanhar uma parturiente com DPP? Justifique a tua resposta.

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8- Quais as principais dificuldades sentidas a quando da prestação de cuidados a parturiente com DPP?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9- Quais são as principais necessidades humanas afetadas nestas parturientes internadas na Maternidade com DPP?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10- Quais os cuidados de enfermagem são prestados durante a preparação para a alta hospitalar das mulheres que sofrem de DPP?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11- Na tua opinião qual é a faixa etária de mulheres mais acometida DPP?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12- Na tua opinião quais as principais causas da DPP observadas no serviço?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13- Fazem o registo de todas as mulheres que entram em DPP?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ANEXOS

## Anexo1

Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):159-66.

163

**Tabela 2** – Escalas de rastreamento de Depressão pós-parto utilizadas, com as propriedades psicométricas e respectivos resultados dos estudos incluídos. Porto Alegre, RS, 2009.

Autores/Ano	Escala	Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Resultados
Teissèdre <i>et al.</i> , 2004 <sup>(14)</sup>	EDPS	10	71 a 94%	78 a 94%	Escore 2-3 dias pós-parto: ≥ 10 = 11,3%; ≥ 15 = 13,4%; ≤ 10 = 75,3% Escore 4-6 sem. pós-parto: ≥ 10 = 12,6%; ≥ 15 = 8,8%; ≤ 10 = 78,6%
Cruz <i>et al.</i> 2005 <sup>(11)</sup>	EDPS SRQ-20	10 08	72% 77%	89% 81%	DPP = 37,1% através da EDPS TMC = 37,1% através de SRQ-20
Iranfar <i>et al.</i> , 2005 <sup>(17)</sup>	BDI	10	NA	NA	GP = 25 (25,6%) X GNP = 19 (48,7%) Risco relativo DPP = 1,9 para GNP
Dennis, Ross, 2006 <sup>(15)</sup>	EDPS	09	NA	NA	DPP 1ª semana pós-parto = 175 (29,5%), DPP 8ª semana pós-parto = 101 (20,5%), 78 (79,2%) com DPP 1ª semana pós-parto
Vittayanont <i>et al.</i> , 2006 <sup>(18)</sup>	PDSS-7	DPP Menor = 51 DPP Maior = 90	72% 75%	79% 99%	Total de DPP = 40 (10%) DPP menor = 36 (9%) DPP maior = 4 (1%)
Csator dai <i>et al.</i> , 2007 <sup>(20)</sup>	LQ	> 10	NA	NA	Vulnerabilidade para DPP = 892 (53,9%)
Liabsuetracul, 2007 <sup>(21)</sup>	PDRS	32 a 33	80%	74%	Total de DPP = 40 (10%) DPP menor = 36 (9%) DPP maior = 4 (1%)
Mancini, 2007 <sup>(8)</sup>	PDSS-7 PDSS	14 60	94% 94%	98% 98%	DPP (PDSS-7) = 121 (16%) DPP (PDSS) = 151 (20%)
Santos <i>et al.</i> , 2007 <sup>(22)</sup>	EDPS	10	59,5%	88,4%	Melhor ponto de corte ≥ 10 Casos moderados e graves ≥ 11 = 83,8% de sensibilidade e 74,7% de especificidade
Vivlaki <i>et al.</i> , 2009 <sup>(23)</sup>	BDI-II EDPS	9 12,5 = DPP maior 8,5 = DPP leve/ moderada	- 76,66%	- 68,33%	Total de DPP = 60 (50%) DPP maior = 8 (6,7%) DPP moderada = 14 (11,7%) DPP leve = 38 (31,7%)
Weobong <i>et al.</i> , 2009 <sup>(24)</sup>	CPRS SRQ-20 EDPS PHQ-9	Padrão-ouro 7 11 5	77% 78% 94%	63% 73% 75%	Sem sintomas = 117 (73,1%) Sintomas leves ou teste duvidoso = 25 (15,6%) Sintomas moderados = 18 (11,3%) Sintomas graves = 0 (0%) Com complicações perinatal = 61 (39%) Média = 13,51 ± 14,12 Sem complicações = 42 (41%) Média = 4,67 ± 5,43; p < 0.001 Com complicações - Média = 7,03 ± 3,90 Sem complicações - Média = 3,86 ± 2,76; p < 0.001
Imsiragic <i>et al.</i> , 2009 <sup>(25)</sup>	IES-R EPDS	24-32 10	>70% NA	>70% NA	Total de <i>Post Partum blues</i> : 2 semanas = 339 (47,5%); 6 semanas = 254 (51,4%)
Reck <i>et al.</i> , 2009 <sup>(26)</sup>	PHQ-D EDPS	15	NA	NA	DPP em 2 semanas = 55 (7,7) OR = 4.5 (2.3-9.8) DPP em 6 semanas = 28 (5,7%) OR = 4.6 (1.7-15.4)
Mishina <i>et al.</i> , 2009 <sup>(27)</sup>	EDPS Two Question Questionary	9 1	88% 96%	76% 57%	Sem sintomas = 86 (83,5%) DPP = 17 (16,5%) Sem sintomas = 67 (65%) Score 1 = 25 (24,3%) Score 2 = 11 (10,7%)
Csator dai <i>et al.</i> , 2009 <sup>(28)</sup>	LQ	11/12	88%	94,4%	Controles = 258; LQ média = 6,84 ± 2,17 DPP menor = 173; LQ média = 11,53 ± 1,3 DPP maior = 146; LQ média = 16,14 ± 2,89
Guest, Stamp, 2009 <sup>(29)</sup>	EDPS	12	NA	NA	DPP = 7 (10%)
Grussu, Quatraro, 2009 <sup>(30)</sup>	EPDS GHQ12	< 9 < 3	94,4% 92%	87,4% 41%	Prevalência de sintomas de DPP = 39 (13%)
Figueira <i>et al.</i> , 2009 <sup>(31)</sup>	EDPS	10	86,4%	91,1%	DPP = 66 (26,9%)

Legenda: DPP = Depressão pós-parto; SP = Sintomas potenciais; TMC = Transtorno mental comum; GP = Gestação planejada; GNP = Gestação não planejada; EDPS = *Edimburg Depression Postpartum Scale*; SRQ-20 = *Report Questionnaire 20*; BDI = *Beck Depression Inventory*; PDSS = *Postpartum Depression Screening Scale*; LQ = *Leverson Questionnaire*; PDRS = *Postpartum Depression Risk Scale*; PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire*; CPRS = *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*; CES-D = *Center for Epidemiologic Studies - Depression*; IES-R = *Impact of Events Scale revised*; ASQ-15 = *Anxiety Screening Questionnaire*; PHQ-D = *Patient Health Questionnaire-Depression*; NA = não apresentado.